



Maestría en Ciencia Política y Sociología

Tesis

Cambios recientes de la fecundidad en Argentina.

Análisis exploratorio de la disminución de la natalidad y fecundidad. Argentina, 2012-2020.

Tesista: Jorge Vinacur

Director de tesis: Prof. Dr. Jorge Raúl Jorrat

Agradecimientos

A mi tutor Prof. Dr. Jorge Raúl Jorrat

A la Lic. María de las Mercedes Fernández

Al Lic. Carlos Guevel

Resumen

Entre 2012 y 2020, Argentina ha experimentado una rápida caída de la natalidad. Esta disminución respondería a un cambio estructural en la sociedad.

El estudio tiene como objetivo conocer la evolución de indicadores de natalidad y fecundidad de Argentina entre 2012 y 2020.

Se utilizan fuentes secundarias de datos, disponibles en los Informes Estadísticos de Nacido Vivo (IENV) del Sistema Estadístico de Salud (SES) a cargo de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). El análisis se basa en el total de nacimientos ocurridos y registrados en todas las jurisdicciones del país.

Se hace una comparación entre el primer trienio basal y los dos trienios sucesivos en cinco regiones del país. Es de carácter cuantitativo, descriptivo, y para cada trienio y región se comparan características maternas: edad, nivel de instrucción, número de hijos anteriores (paridad), dependencia del lugar de atención del nacimiento.

Entre 2010 y 2020 la natalidad disminuyó 37%. La caída de nacimientos se observó principalmente en las regiones de Centro y Cuyo, poco y tardío en NEA, NOA y Patagonia. La fecundidad cayó en las menores de 20 años desplazándose la maternidad a edades más avanzadas. Quienes tienen educación mayor que primaria completa tuvieron menor reducción del número de nacimientos. El sector público tuvo la menor disminución.

Se concluye que el análisis de los nacimientos por regiones según categorías es necesario para documentar la desigualdad reproductiva y la forma en que cambian sus configuraciones entre grupos sociales. Este análisis confluye en tres puntos: la necesidad de moverse entre categorías para observar la dinámica social, reconocer que las categorías sociales expresan niveles institucionales y sistémicos y, finalmente la importancia de realizar un análisis en un contexto temporal y espacial.

ÍNDICE

Indagaciones preliminares	6
Problema de investigación	8
Descripción del recorte del objeto de estudio	8
Situación problemática	8
Objetivos de investigación	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	9
Marco teórico	10
Hipótesis de investigación	14
Diseño metodológico	15
Definiciones operativas y categorización de variables y atributos	15
Aspectos conceptuales de las variables en estudio	16
Universo de estudio	19
Variables y operacionalización	19
Técnicas de recolección de datos	20
Técnicas de análisis de datos	21
Resultados	21
a) Sobre tasas de natalidad	21
b) Sobre tasas de fecundidad	23
c) Sobre el lugar de residencia	25
d) Sobre la edad de la madre	27
e) Sobre el nivel de instrucción alcanzado por la madre	27

f) Sobre el local de ocurrencia del parto	28
g) Sobre el número de orden de nacido vivo (paridad)	29
h) Sobre el nivel de instrucción y el local de ocurrencia	30
i) Sobre la edad de la madre y el número de orden de nacimiento	31
Desigualdades e inequidades en salud: Evidencias	33
Las regiones	36
La edad materna	37
El nivel de instrucción	39
Región, edad y nivel de instrucción	40
Local de ocurrencia del nacimiento	41
Región, nivel de instrucción y local de ocurrencia del nacimiento	42
Región, edad de la madre y local de ocurrencia del nacimiento	43
Edad de la madre y número de orden del nacimiento	44
Conclusiones	46
Bibliografía	49
Índice de tablas del anexo	55

Indagaciones preliminares

Los cambios en la población son las variaciones en el volumen y la estructura, es decir, en cantidad y distribución de habitantes de un territorio durante un período específico de tiempo, independientemente del hecho de que el cambio sea positivo o negativo (Ashraf, 2016). Tres determinantes básicos de las variaciones poblacionales son los nacimientos, las defunciones y la inmigración (Pantelides, 1979).

Existen diversos indicadores que se utilizan para analizar las condiciones de salud de la población. El más frecuente es el de esperanza de vida, que está vinculado a la tasa de mortalidad. En Argentina, este indicador creció de manera continua hasta el año 2019, donde llegó a 77,3 años mientras que en 2021 se estima que fue de 75,4 años. Sin dudas, esta caída podría atribuirse a la pandemia de COVID-19 y a la situación social y económica (Comisión Económico para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022).

Lantz (2021) sugiere que otro indicador, que si bien recibe menos atención que la mortalidad también refleja las condiciones de salud de la población, es la frecuencia de nacimientos. Los cambios en el número de nacimientos están asociados a factores económicos y sociales, de manera que la desigualdad reproductiva forma parte de la desigualdad social (Dirección Nacional de Población. RENAPER, 2021). Por ejemplo, en una comunidad, los cambios en la tasa de fecundidad global¹ reflejan también la situación de las mujeres en la sociedad ya que con mayor educación y participación en la fuerza laboral las mujeres tienen menos hijos. Por otra parte, el acceso a la tecnología reproductiva les permite evitar los embarazos o poder tener hijos a edades avanzadas (Bongaarts, 1978).

Otra causa de la disminución del número de nacimientos son factores sociales y económicos como la recesión, el nivel salarial, los costos de la crianza y el tener o no trabajo. Los costos de la vivienda, el gasto en salud, las desigualdades de acceso a la atención de la salud, de género y de etnia por ejemplo, influyen fuertemente en los adultos jóvenes para evitar los embarazos, así como la desigualdad en la distribución de las tareas del hogar (Sobotka, Skirberkk, y Philipov, 2011). Se trata de una variedad de

¹ La tasa de fecundidad global es el número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de su vida reproductiva experimentase la tasa de fecundidad específica por edad de un determinado año o período, para un determinado país, territorio o área geográfica.

fenómenos que pueden agruparse bajo la categoría de determinantes sociales de la salud.

Cuando la tasa de fecundidad global cae por debajo de 2,1 hijos por mujer, que es la tasa de fecundidad de reemplazo, la población envejece rápidamente en ausencia de inmigración. Esto produce escasez de mano de obra y aumenta el índice de dependencia total²; lo contrario se denomina bono demográfico.

En Argentina, comenzó un bono demográfico en la década de 1990 que se estimó que duraría hasta la década del 2030 (CEPAL, 2022).

No obstante, a partir de 2010 se inició una tendencia decreciente y, actualmente Argentina está entre los países de América Latina que registraron la mayor reducción en la tasa de fecundidad global estimada durante la pandemia COVID-19 (2019: 1,99; 2021: 1,89 hijos por mujer). El mayor descenso se observó en la tasa de fecundidad de las adolescentes (15 a 19 años) (CEPAL, 2022).

Si bien la decisión de tener hijos es personal y se supone que el Estado no tendría que pretender regularla, quienes hacen las políticas públicas deben comprender que esas decisiones también dependen de la estructura social y del contexto político y económico, que en la población tienen importantes consecuencias (Lantz, 2021).

Los determinantes sociales de la salud también son determinantes de los nacimientos, de la mortalidad y de la esperanza de vida. Son indicadores centinelas de las desigualdades en el bienestar de toda la población.

En esta línea, se ha señalado que la marcada inequidad social y económica tiende a ser la causa sobre la que se debería actuar para mejorar el bienestar de la comunidad. Frente a ello ha sido puntualizado que se deben optimizar políticas públicas relacionadas con la atención de la salud, la planificación familiar, el aborto y la inmigración para controlar el impacto de la disminución de nacimientos y el consecuente envejecimiento.

En el 2015, las Naciones Unidas propusieron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos objetivos están orientados a actuar contra la pobreza, el hambre, el VIH, y la discriminación de mujeres y niñas. El objetivo 3 sobre salud y

² El índice de dependencia total es el cociente de las personas que están por fuera del mercado laboral dividido en el número de todos los otros grupos de edad por 100. Mide la necesidad de soporte social de la población de edades inactivas (0 a 14 años y 65 y más) en relación con los de 15 a 64 años.

bienestar destaca, entre sus metas, lograr la cobertura universal de los servicios de salud, garantizar el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva, mejorar los resultados materno-infantiles y disminuir la fecundidad adolescente.

Problema de investigación

Descripción del recorte del objeto de estudio

El trabajo se focalizará en la evolución de la natalidad y la fecundidad en Argentina, en la última década (2012 a 2020). Para ello se descansa en un trabajo exploratorio acerca de la cantidad total de nacimientos y su distribución según determinantes sociales de la salud, tales como: lugar de residencia, edad materna, nivel de instrucción, orden de nacimiento y local de ocurrencia.

Situación problemática

Entre 2012 y 2020, Argentina ha experimentado una rápida caída de la natalidad. Esto representa una problemática ya que la disminución de los nacimientos es uno de los determinantes del envejecimiento de la población y estos cambios sociodemográficos no han sido necesariamente compensados por la inmigración. A partir de esto surgen ciertos interrogantes acerca de cuál ha sido el impacto de estos cambios y si han tenido influencia en las desigualdades en salud.

Debe tenerse en cuenta que la problemática responde a algo más estructural: el cambio es social, dado que la revolución reproductiva viene acompañada de una transformación agraria, industrial, informática y de género (Meyer, 2022). De todas formas, esta discusión excede los límites del presente trabajo.

Objetivos de investigación

Objetivo general

El objetivo de este trabajo es estudiar las variaciones en la frecuencia y distribución de los nacimientos en diversas dimensiones. El estudio se realizará desde una aproximación a las condiciones socio-sanitarias en los diferentes contextos socioeconómicos que están dados por el lugar de residencia.

Objetivos específicos

El Informe Estadístico de Nacido Vivo³, se ocupa de dar información sobre la fecha del nacimiento, datos del recién nacido como sexo y peso, datos del embarazo, si fue único o múltiple, su duración, quien asistió el parto, donde ocurrió. También se registran datos de la madre, su edad, el número de embarazos que tuvo y cuantos terminaron en partos con niños vivos o muertos, su lugar de residencia, el máximo nivel de instrucción alcanzado y tipo de cobertura social. Además, hay preguntas relacionadas con el padre. Los objetivos específicos de este trabajo fueron seleccionados a partir de las variables que se registran allí y son los siguientes:

1. Analizar la frecuencia y distribución de nacimientos por lugar de residencia de la madre, a fin de determinar qué regiones registraron una mayor disminución de la natalidad según su nivel relativo de desarrollo socio-económico.
2. Examinar la frecuencia y distribución de nacimientos según edad de la madre para comprobar los cambios de la natalidad por grupos etarios y el eventual impacto sobre la fecundidad adolescente.
3. Analizar el impacto del nivel educativo sobre los cambios en el volumen y distribución de nacimientos para señalar la relación entre el nivel de instrucción de la madre y la disminución de nacimientos.
4. Comparar el volumen y distribución de nacimientos ocurridos en los distintos subsectores de atención de la salud para determinar cuáles han registrado mayor disminución de nacimientos.
5. Analizar el volumen y distribución de nacimientos según instrucción materna y lugar de atención -considerados como indicador de posición social- para establecer qué grupos han disminuido más marcadamente la natalidad.
6. Analizar el volumen y distribución de nacimientos según número de orden de nacimiento y edad materna para establecer si se han registrado cambios en la fecundidad de estos grupos.

³ Entre los informes oficiales del Subsistema de Estadísticas Vitales de la Nación, el Informe Estadístico de Nacido Vivo es el documento que certifica el nacimiento vivo de una niña o un niño.
(<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/ses/formulario>)

Marco teórico

En el campo de la reproducción humana es posible ver el entrecruzamiento entre los cuidados de salud como práctica social y los valores culturales dominantes, además de su vinculación con las ideas o expectativas de género.

Los determinantes sociales de la salud pueden definirse como las condiciones sociales en las cuales se desarrollan y viven las personas e impactan en los resultados sanitarios.

Influyen tanto en la buena salud como en las brechas y gradientes de salud entre los grupos sociales. Estas desigualdades -las diferencias observables entre grupos sociales dentro de una población- deben expresarse en indicadores y los valores obtenidos sirven para evaluar si ha habido progresos hacia la equidad en salud.

Desde una perspectiva histórica, en Argentina la disminución de la natalidad comenzó antes que en la mayoría de los países latinoamericanos, a principios del siglo XX (Pantelides, 1992). Pero luego el descenso se aminoró y en las últimas décadas la tasa global de fecundidad fue superior a la de varios países latinoamericanos (Renaper, 2021).

Ahora bien, desde el año 2010 cambió notablemente la tendencia y la frecuencia de nacimientos y mostró una marcada disminución que no parece detenerse. Dentro del país existen grandes diferencias sociales, económicas, culturales y de acceso a los cuidados de salud que reflejan diferentes comportamientos en lo referente a la fecundidad (Torrado, 1993). Los determinantes cercanos a la disminución de la natalidad son: la extensión de la cobertura de salud sobre educación sexual y el amplio acceso a métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, estos ya estaban funcionando en el país antes de la caída de nacimientos, por lo que, probablemente, los determinantes que más influyeron en el cambio sean factores enmarcados en la situación social y económica.

En este sentido, el actual proyecto se sustenta en la teoría sociológica de la causa fundamental, conceptualizada por Bruce Link y Jo Phelan en 1995. Según Link y Phelan (2013) la estructura socioeconómica (ingreso, ocupación y educación), es decir

la clase social, tiene impacto en las condiciones relacionadas con la salud de la gente. Para que esto ocurra la variable considerada causal debe satisfacer cuatro condiciones. Primero, afectar distintas circunstancias de salud (natalidad, enfermedad o muerte). Segundo, actuar desde el inicio y la evolución de la condición a través de varios mecanismos o “factores de riesgo” como desnutrición, condiciones de vivienda inadecuada, falta de agua potable, condiciones de trabajo, sedentarismo, falta de educación, de libertad o derechos, entre otros. Tercero, se requiere acceso a los recursos necesarios para limitar o evitar las consecuencias de la variable causal. Cuarto, la relación entre la variable causal y las condiciones de salud se reproduce en el tiempo. (Phelan, Link, y Tehranifar, 2010) (Phelan y Link, Fundamental Cause Theory, 2013).

Esta relación se mantiene en distintos contextos y en períodos diferentes de la historia. La causa básica del fenómeno social tiene efectos sobre las variables dependientes dado que cuando un mecanismo termina o disminuye aparece otro que pasa a ser dominante. Múltiples factores participan en la relación entre causa básica -como la condición socioeconómica- y sus efectos. La desigualdad reproductiva se puede explicar, entre otras cosas, por la desigualdad social entre regiones y dentro de cada región (CEPAL, 2014). Por ejemplo, los estratos sociales más bajos tienen mayor número de hijos y fecundidad mayor y más precoz que los más altos (CEPAL, 2011).

Actualmente, existe consenso respecto a la existencia de un conjunto de factores a tener en cuenta en los procesos de formulación e implementación de políticas sanitarias que deben hacer frente a los determinantes sociales y económicos de la salud. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un modelo que representa los niveles de interacción entre este complejo conjunto de factores asociados al estado de salud de las poblaciones.

El contexto social, económico y político da un contorno a la estratificación social que se produce por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos, etc. En el nivel individual se concretan determinantes intermedios -condiciones de vida, factores conductuales, biológicos y psicosociales-. A su vez, los sistemas de salud, por su diferente accesibilidad y calidad, operan respondiendo de manera desigual a la necesidad de atención.

Los determinantes sociales más utilizados para estudiar el impacto de las desigualdades en los resultados en salud son (OMS. Consejo ejecutivo, 2011):

- Lugar de residencia
- Género o sexo
- Educación
- Ingreso
- Clase social
- Ocupación
- Accesibilidad y calidad del sistema de salud
- Ambiente (acceso a agua, saneamiento, etc.)
- Raza o etnicidad

La teoría de la causa fundamental o teoría de los determinantes sociales conecta causas sociales con efectos de salud y al incluir la estratificación social en el análisis pone al descubierto la magnitud en cantidad y calidad de la inequidad en salud que tiene la sociedad (Alderson y Nielsen, 2002).

Clouston y colegas (2016) sugieren que las desigualdades sociales en salud siguen un proceso predecible a través de cuatro etapas: en la primera, la etapa natural, no hay conocimiento sobre la prevención y afecta a todos por igual; la segunda es una etapa de desigualdades con base socioeconómica; en la tercera, -de reducción de las desigualdades,- los beneficios de la prevención o intervenciones de salud benefician a los más privilegiados; y, finalmente, en la cuarta y última etapa los beneficios de las intervenciones o tratamientos se generalizan.

Esta teoría se aplica a enfermedades, pero si se piensa en las diferencias de género como causa fundamental unida a la condición socioeconómica, podría aceptarse su contribución a explicar el rápido descenso de la natalidad. En una primera etapa a la que se puede llamar “natural”, hay falta de conocimientos sobre la prevención o tratamientos efectivos, ya sea para enfermedades que se distribuyen aleatoriamente o para la prevención de embarazos, las mujeres tienen un elevado número de hijos. En la segunda etapa, es el período en el que se producen las inequidades. Aparecen métodos de prevención o curación, pero su distribución tiene una base socioeconómica, por ejemplo las mujeres más ilustradas o pudientes acceden a las formas de prevención y comienzan a limitar el número de hijos; la mayor información sobre sus cuerpos y sobre las formas de prevenir embarazos les permite evitarlos o recurrir a abortos seguros. En

el tercer estadio se reducen las desigualdades dado que los métodos de prevención comienzan a alcanzar a toda la comunidad. La desigualdad se estabiliza o disminuye, se universalizan los métodos anticonceptivos, se legaliza el aborto y la esterilización voluntaria. En la última etapa es cuando ya no puede haber mayores cambios en la condición de salud específica y, por otra parte, el número de nacimientos disminuye marcadamente en toda la población.

Las teorías de la transición demográfica, desde otra perspectiva, sistematizan a largo plazo las variaciones de natalidad y mortalidad que explican cómo su disminución aumenta el crecimiento natural de las poblaciones (Torrado, 2007; Fanta y Tumas, 2020).

La primera teoría del cambio demográfico fue formulada originalmente por Abdel Omran en 1971. Los cambios se produjeron primero en los países más avanzados, como Estados Unidos de América y países de Europa occidental, debido a un aumento de las tecnologías sanitarias, que disminuyeron la mortalidad y aumentaron la supervivencia de los niños hasta la edad adulta. Fue impulsada por la industrialización y el desarrollo social y económico que hizo que la crianza de los hijos fuera más cara para los padres. Estos cambios tuvieron como consecuencia familias reducidas. Fue una explicación adecuada hasta la década de 1980, tiempo en que disminuyeron las muertes por causas cardiovasculares y aumentaron nuevas enfermedades infecciosas.

Con las intervenciones contra el COVID-19 de “distanciamiento social” y combinación de factores de riesgo como obesidad, drogadicción, conductas insalubres, cambios climáticos, contaminación ambiental, que afectan de manera claramente diferente a los individuos según su posición social, se desdibuja el límite de lo demográfico y lo social (Cockerham, 2021; Pérez Brignoli, 2022).

La segunda transición demográfica (Van de Kaa, 1987) se caracteriza por progreso económico, modernización, y necesidades individuales diferentes a las reproductivas. Hay cambios en la relación entre los padres, las mujeres posponen la maternidad, aumentan los divorcios y formas alternativas de paternidad y maternidad, maternidad de madres solas. Esta transición comienza en la década de 1960. En la llamada teoría de la revolución reproductiva coinciden las tecnologías contraceptivas con la revolución sexual y el aumento en la frecuencia de parejas no estables. Hay

cambios en la división de géneros en el trabajo (Grande, del Rey, y Stanek, 2022). Las elecciones individuales se priorizaron y se rechazaron las formas tradicionales de autoridad de género (Mertehikian, 2022) (Pérez Brignoli, 2022).

Al igual que la primera transición demográfica, la segunda no es un modelo explicativo sino un conjunto de hipótesis generales descriptivas. Lesthaeghe considera que cambiaron los valores por aumento de la secularización y mayor individualismo (Lesthaeghe, 2014) mientras que otras autoras lo relacionan con cambios de género (Goldsheider, Bernhard, y Lappegard, 2015). Estas autoras consideran que hay dos etapas, en la primera, las mujeres tienen un fuerte aumento en el empleo y en la esfera pública en un contexto de menor tamaño familiar y en la segunda, los hombres participan más activamente en las tareas del hogar lo que produce mayor igualdad de género en las familias. Ambas hipótesis se complementan.

Cerrando este punto, debemos advertir que los alcances del material empírico a mano para nuestro trabajo sólo permitirán aproximaciones muy parciales a las variables de interés aquí señaladas.

Hipótesis de investigación

Este trabajo se ocupará, principalmente, de describir la natalidad y la fecundidad en Argentina entre los años 2012 y 2020. Para eso, se hará una comparación entre el primer trienio basal y los dos trienios sucesivos en cinco regiones del país que siguen la propuesta de agrupamiento de jurisdicciones utilizada por el INDEC desde 1980, división que se detallará más adelante. A lo largo del análisis se profundizará en una serie de tendencias que se puntualizan a continuación:

1. Las distintas regiones tienen diferencias en la magnitud del descenso de la natalidad y fecundidad.
2. La fecundidad adolescente disminuye en todo el país, así como la de mujeres menores de 35 años. Cada región tiene niveles diferentes de disminución de nacimientos correspondientes a madres adolescentes.
3. Las mujeres con niveles de educación más altos tienen mayor disminución de nacimientos.
4. Las mujeres asistidas en el subsector público tienen menos descenso en el número de nacimientos que los de otros subsectores de atención de la salud.
5. Las mujeres disminuyen el número de hijos y postergan el primer nacimiento

entre el primer trienio del estudio y el tercero con diferencias regionales.

6. Las mujeres asistidas en el sector público y con educación secundaria incompleta o menos, considerados en conjunto, tienen menor nivel en la disminución de los nacimientos que también varía según las regiones.

Diseño metodológico

Se realizará un estudio nacional cuantitativo de todos los nacimientos ocurridos entre 2012 y 2020. Será de carácter descriptivo, y tendrá como objetivo conocer la evolución de los principales indicadores de natalidad y fecundidad de Argentina. El análisis será a nivel de regiones geográficas y totales nacionales, y la distribución de frecuencias de características maternas y del parto.

Se utilizarán fuentes secundarias de datos, que están disponibles en los Informes Estadísticos de Nacido Vivo (IENV) del Sistema Estadístico de Salud (SES) a cargo de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). Las proyecciones de población nacional y regional por sexo y grupos de edad utilizadas son las elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Además de las frecuencias relativas porcentuales de cada una de las características se calcularán la tasa de fecundidad general y la tasa de fecundidad específica por edad.

Definiciones operativas y categorización de variables y atributos

Nacido vivo (World Health Organization, 1993): es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, tal como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

En este estudio se utilizarán indistintamente los términos nacimientos vivos, nacidos vivos y nacimientos.

Edad materna: la edad materna al momento del nacimiento y grupos quinquenales de edad.

Lugar de residencia habitual de la madre: es la localización geográfica donde reside la madre en el momento del nacimiento, agrupado por jurisdicciones y regiones geográficas.

Nivel de instrucción materno: refiere al grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado según las características del sistema educacional del país, categorizado en primario, secundario y terciario o universitario.

Local de ocurrencia del parto: sitio donde ocurrió el nacimiento. Se considerarán establecimientos de salud públicos y no públicos, que incluyen los nacimientos no institucionales.

Número de orden de nacido vivo: es el número que está siendo registrado en relación con todos los nacidos vivos anteriores que ha tenido la madre.

La unidad de estudio es el número de nacidos vivos registrados en el año, ocurridos en ese año y en el año inmediato anterior pero registrado en el año de referencia.

Tasa de fecundidad general: es el cociente entre el número de nacidos vivos de mujeres de 15-49 años para un año específico o período de tiempo y la población femenina de 15 a 49 años para ese mismo año o período. Esta tasa representa cuantos nacimientos ocurrieron por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. Es diferente a la tasa bruta de natalidad que se refiere a la población total.

Tasa de fecundidad específica por edad se refiere a los nacimientos ocurridos por cada 1000 mujeres en cada grupo de edad.

Aspectos conceptuales de las variables en estudio

Edad materna: es el determinante biológico más fuerte sobre la fecundidad. La fecundidad disminuye en los extremos de la edad reproductiva de las mujeres (Hediger, 2011).

Edad materna adolescente: si bien la madurez reproductiva se define por el número de años transcurridos desde la menarca, se define como adolescente a las menores de 20 años de edad, que tienen peores resultados reproductivos y aproximadamente el triple de partos prematuros (Fraser, Brockert, y Ward, 1995). Por

otra parte, estas madres tienen, con frecuencia, carencias sociales, difícil acceso a los cuidados de salud e inadecuada nutrición.

Edad materna avanzada: se define como 35 años y más. Su frecuencia va en aumento en las últimas décadas. Los malos resultados obstétricos se relacionan con la mayor probabilidad de patologías atribuidas a la edad, además de mayor probabilidad de complicaciones obstétricas como diabetes gestacional o hipertensión asociada al embarazo. Las diferencias sociales y económicas empeoran el pronóstico obstétrico. Otro problema relacionado con la edad materna avanzada es la mayor frecuencia de embarazos múltiples, los que se relacionan con tratamientos de infertilidad.

Lugar de residencia: se refiere a una ubicación socialmente significativa o construida en un espacio geográfico. Dicho de otra forma, es un espacio donde la gente desarrolla su vida. El análisis del espacio geográfico resulta de interés por dos características: su composición y su contexto. La composición se refiere a las características individuales de los residentes de la región –estructura etaria, sexo, condición socioeconómica, etc. El contexto del área refiere al acceso a los servicios de salud, transporte, facilidades para tener una vida saludable. El contexto y la composición se refuerzan mutuamente.

La pobreza individual afecta más cuando la población en su conjunto vive en condiciones desventajosas. En estas condiciones padece una doble carga: los problemas de la falta de ingresos más el efecto de vivir en un área pauperizada. A esto se lo llama concentración de efectos (Wilson, 1987). Este concepto sobre la relación entre lugar y población es un tema que está siendo muy estudiado. Hay una fuerte relación entre los lugares, sus recursos, su marco político, sus redes sociales, y la forma en que interactúa con la salud de la población a lo largo del tiempo. El concepto actual es que los lugares de residencia son fluidos y las distancias son relativas. La gente se moviliza más allá de su vecindad inmediata y esto tiene efectos sobre su salud (Pearce, 2015; Vallée, 2017).

Orden de nacimiento: el orden de nacimiento se refiere al lugar que ocupa cada hijo en relación con sus hermanos, el primero es el hijo mayor y así sucesivamente. El riesgo perinatal cambia con el orden del nacimiento, tiene forma de “J”. El primer hijo tiene mayor riesgo de muerte que el segundo, sobre todo después de las 41 semanas de gestación (Roman, Doyle, Beral, Alberman, y Pharoah, 1978; Hilder, Sairam, y Thilaganathan, 2007). La gran multiparidad -6 y más- también se asocia con mayor

mortalidad perinatal, aunque esto puede atribuirse a patologías asociadas a la edad materna y a condiciones sociales y económicas. El espaciamiento entre embarazos es un factor que disminuye el riesgo de la siguiente gestación después de una muerte perinatal. Sin embargo, las mujeres que experimentan una pérdida perinatal tienden a buscar el “reemplazo” rápidamente. Una hipótesis causal del intervalo intergenésico breve como factor de riesgo lo atribuye al consumo nutricional de la gestación, la que requiere de tiempo para reponer reservas (Spong, 2011).

Nivel de educación materna: la educación está garantizada por ley como bien público. El sistema educativo está dividido en 4 niveles: inicial, primaria, secundaria y superior. Las clasificaciones que se utilizan en los estudios de estratificación social muestran la influencia de Max Weber (1864-1920). La condición socioeconómica incluye tres variables: ingreso, prestigio ocupacional y nivel de educación. La educación indica la capacidad de una persona para tener una mejor posición social y psicológica y para obtener recursos económicos a través de una buena ocupación, vivienda confortable, acceso a niveles de atención de la salud de buena calidad e información sobre estilos de vida saludables. Aún con sistema socializados de salud cuyos beneficios protegen a los más carenciados, las personas que tienen mayor nivel de educación tienen mejores resultados de salud y menor mortalidad (Leopold, 2016).

Las embarazadas con buen nivel educativo, sobre todo secundario completo y más, están mejor informadas sobre las ventajas de estilos de vida saludables, incluyendo ejercicio físico, evitar hábitos o conductas de riesgo, tener una dieta sana y prácticas similares, además de saber cómo obtener cuidados preventivos o tratamiento frente a complicaciones de la gestación. Tienen mayor control de su gestación y más posibilidades de buenos resultados reproductivos.

Local de ocurrencia: los hospitales, clínicas, sanatorios, etc. donde se asisten los nacimientos son instituciones que brindan servicios médicos profesionales. La atención del parto requiere la colaboración de distintos especialistas o expertos y diferentes profesiones. En estudios de organizaciones se llama “un problema de muchas manos”, que se caracteriza por la distribución y compartimentalización de habilidades y tareas del equipo de salud de la madre y el recién nacido, y de los problemas y funciones que tienen las instituciones de salud.

Las instituciones del subsector público asisten a todas las embarazadas, sus servicios son gratuitos y tienen representación nacional cubriendo zonas que no tienen otros lugares de atención por su baja rentabilidad. Allí se asisten los nacimientos de la población de menos ingresos, quienes no tienen cobertura.

Los trabajadores del mercado formal y sus familiares que se hayan incorporado como beneficiarios tienen cobertura a través de las “Obras Sociales”. Estas son instituciones de la seguridad social que contratan a instituciones privadas para la asistencia de los nacimientos. El tercer sector es el privado, las personas aportan a empresas de medicina prepaga propietarias de las instituciones privadas o subcontratan. Las diferencias entre instituciones reflejan la desigualdad social en los resultados de salud.

Universo de estudio

Los datos que se presentan en este análisis se basan en el total de nacimientos ocurridos y registrados en todas las jurisdicciones del país. A nivel nacional, la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS) es la encargada de coordinar el Sistema Estadístico de Salud (SES) y elaborar las estadísticas vitales. Asimismo, es el organismo que proveyó la información utilizada. El Informe Estadístico de Nacido Vivo (IENV), implementado en el año 2001, incluye las variables que se utilizaron en el estudio. Se destaca que lo que se estudia es el universo de nacimientos vivos y, por lo tanto, no es necesario usar medidas de estimación y de variabilidad.

Resulta pertinente destacar, como seguramente ya pudo notarse, que en este trabajo se hará énfasis en lo descriptivo. Eso no significa que se ignorarán esfuerzos más analíticos. Se ha planteado la existencia de una variable dependiente (el número de nacimientos) y de ciertas variables independientes (la región, la edad materna o la dependencia del local del nacimiento, entre otras), indagando sobre si estas últimas tienden a dar cuenta, y en qué medida, de la disminución de nacimientos. Todo ello en un contexto comparativo del primer trienio frente a los dos restantes (diseño longitudinal), además de comparaciones entre regiones.

Variables y operacionalización

Lugar de residencia: el INDEC estableció una división regional en el año 1980 con una modificación en 2017 con el objeto de brindar información estadística. En ella se incluían las siguientes regiones:

Región Noroeste (NOA): provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Región Noreste (NEA): provincias de Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones.

Región Cuyo: provincias de Mendoza, San Juan y San Luis.

Región Pampeana: Área metropolitana de Buenos Aires (31 partidos de la provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires), resto de provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fé.

Región Patagonia: provincias de Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Instrucción materna o escolaridad: se hará una medición por categorías:

1. Hasta primaria completa / Ciclo Educación General Básica (EGB) completa
2. Secundaria incompleta / Polimodal incompleta
3. Secundaria completa / Polimodal completa y más
4. Sin especificar

Edad materna: se hará una medición por intervalos

1. Menos de 20 años
2. 20 a 34 años
3. 35 y más años
4. Sin especificar

Local de ocurrencia: se hará una medición nominal: en establecimiento público; resto y sin especificar.

Número de orden de nacido vivo: se establecieron los valores 1, 2, 3, 4 y más y sin especificar.

Técnicas de recolección de datos

Los datos fueron transferidos de las bases de datos de la DEIS a códigos numéricos y categorías en diversos agrupamientos. Se utilizó el software Excel de Microsoft como método de carga, archivo y análisis de datos y se cargaron en una computadora en forma directa. Se verificó el rango y la consistencia para detectar errores en los datos antes de comenzar el análisis.

Técnicas de análisis de datos

Antes de analizar los datos se evaluó si el número de nacimientos de cada ítem era adecuado para dar la respuesta que se buscaba. Es decir, si el ítem “sin especificar” no era de un tamaño que no permitiera obtener una respuesta adecuada. Si en alguna variable en un trienio había un 10 por ciento o más de casos “sin especificar” no se la consideró para el análisis.

Por su parte, las tablas muestran, básicamente, una matriz en la que las columnas identifican el trienio y luego cinco filas, una para cada región. Este tipo de matriz presenta la respuesta a cada pregunta e identifica el principal objetivo del estudio que la variable intenta operacionalizar, el nivel de medida que representa y la hipótesis a la que va directamente dirigida. Se agregan también la tasa de fecundidad y la tasa específica por edad.

Esta matriz permite mostrar la utilidad de cada variable. Además del número absoluto se calcula la proporción correspondiente sobre el total de nacimientos de los tres trienios. Dado que es un estudio con énfasis descriptivo sólo se presentarán las variaciones entre trienios y entre regiones. Para describir el cambio de la variable en el tiempo y entre regiones, es decir, con qué frecuencia los nacidos con un atributo determinado aparecen en la población del estudio, se descansa en la comparación de las respectivas proporciones. Para las variables nominales o atributos, la categoría sólo identifica conjuntos o grupos, mientras que para las variables numéricas los intervalos se refieren a un continuo.

Se destaca entonces que un trabajo básicamente descriptivo como el nuestro, basado en material de tipo censal, descansará centralmente en la comparación de porcentajes y/o tasas, como mejor forma de ofrecer un primer panorama sobre esta

temática. Sin dudas, futuros trabajos, que acceden a datos más desagregados o por encuestas, podrían avanzar en sus aproximaciones metodológicas y analíticas.

Resultados

(Se presentan Índice de tablas de resultados y Tablas del anexo al final)

a) Sobre tasas de natalidad

La tasa bruta de natalidad en Argentina disminuyó un 37% entre 2010 y 2020 en forma no uniforme y el descenso marcado comenzó a partir del 2015. La tasa de natalidad (Tabla 1) es un indicador importante de salud y bienestar. Por un lado, refleja un adelanto tecnológico en la biomedicina que posibilitó métodos accesibles y eficaces y, por el otro, la decisión de las mujeres de utilizarlos. La tasa del 2020 fue 11,8 por mil habitantes y es la más baja que se ha registrado a nivel nacional en mujeres de 15 a 49 años hasta ese año. Esta declinación se produjo principalmente por una disminución de los nacimientos de mujeres adolescentes. Análisis recientes de esta disminución en Argentina la atribuyen a la difusión de las ideas de movimientos feministas, promoción de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo al derecho al aborto legal y gratuito a partir del 2015 (Rofman, R; della Paolera, C; Camisassa, J; López Méndez, E., 2022).

Tabla 1. Tasa bruta de natalidad cada 1000 habitantes. República Argentina. Años 2010 a 2020

AÑO	Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes
2010	18,7
2011	18,5
2012	17,9
2013	17,9
2014	18,2
2015	17,9
2016	16,7
2017	16,0
2018	15,4
2019	13,9
2020	11,8

Fuente: elaboración propia en base datos DEIS

El economista norteamericano J. William Leasure estudió la declinación de la natalidad en España y concluyó que las diferencias en las pautas regionales de natalidad son muy pronunciadas (independientemente de que sean en regiones agrícolas o

industriales, urbanas o rurales) y son el resultado de una interrelación muy compleja de variables (Leasure, 1963). En la misma línea, el sociólogo y demógrafo belga Ron Lesthaeghe considera que “la relación entre el estadio de desarrollo económico y caída de la fecundidad es totalmente heterogénea. Las teorías y las tesis generales tienen por consiguiente muy pocas posibilidades de poder explicar una parte suficiente del fenómeno” (Lesthaeghe, 1970-1971). Por su parte, el demógrafo estadounidense Ansley J. Coale escribió “la reducción de la fecundidad parece ser una característica casi universal del desarrollo de las modernas sociedades seculares, pero su introducción y difusión no pueden ser aún explicadas a través de ningún modelo simple y universalmente válido o de ninguna descripción generalizadora” (Coale, 1969). Joaquín Arango concluye que el sino de quienes practican la ciencia social es buscar la simplicidad y desconfiar de ella (Arango, 1980).

b) Sobre tasas de fecundidad

Las tasas de fecundidad por edad ⁽⁴⁾, caen precozmente en las menores de 20 años en todas las regiones, sobre todo en las más desarrolladas (Tabla 2). En el grupo etario de 20 a 34 años la caída es más tardía. Se produce en el último trienio y en la zona norte del país es de menor magnitud. La fecundidad de las mujeres de 35 años y más no se modifica en el segundo trienio y muestra un descenso menor que los otros grupos etarios en el tercero.

La contribución de una región específica a la disminución general depende de los cambios de esa región y de la participación de la región en el total de las mujeres de edad reproductiva. Por ejemplo, la caída de la natalidad adolescente en la Patagonia entre el primero y el tercer trienio fue del 52% pero representa un porcentaje pequeño de mujeres en ese grupo de edad reproductiva.

Tabla 2. Tasas de fecundidad cada 1000 mujeres según lugar de residencia, por grupo de edad y trienio. República Argentina. Años 2012 a 2020.

	2012-14			
Región	Menor de 20	20 a 34	De 35 y más	Total regiones
Centro	59,3	100,6	30,2	190,0

⁴ Una tasa de fecundidad específica por edad o por grupo etario se calcula como la razón entre el número anual de nacimientos en mujeres de determinada edad o grupo etario y la población de mujeres de la misma edad o grupo etario en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Cuyo	70,8	110,5	28,2	209,4
Noroeste	77,0	106,9	28,9	212,8
Noreste	92,4	112,5	26,4	231,2
Patagonia	66,0	111,9	26,3	204,2
Total País	199,3	309,8	86,2	595,2

	2015-17			
	.Menor de 20	20 a 34	De 35 y más	Total regiones
Región				
Centro	50,5	93,9	29,7	174,1
Cuyo	59,9	105,0	28,2	193,1
Noroeste	72,6	104,8	28,9	206,3
Noreste	87,5	111,1	27,1	225,7
Patagonia	53,7	104,2	26,7	184,6
Total País	176,7	293,5	85,8	556,1

	2018-20			
	Menor de 20	20 a 34	De 35 y más	Total regiones
Región				
Centro	35,1	76,9	25,3	137,3
Cuyo	39,3	87,1	24,0	150,4
Noroeste	52,1	88,7	25,6	166,3
Noreste	70,1	99,1	25,3	194,5
Patagonia	31,6	84,2	22,8	138,6
Total País	123,8	244,4	74,0	442,1

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Los mecanismos que afectan el nivel de la natalidad en el transcurso del tiempo son básicamente tres: El primero, la detención de los embarazos luego de haber alcanzado el número de hijos deseado, hecho que depende de la voluntad (Cabella, Fernández Soto, Pardo, y Pedetti, 2023; Coale, 1969). El segundo mecanismo es la postergación o aplazamiento de las edades de reproducción, que requiere de la

existencia de métodos contraceptivos efectivos y su disponibilidad. Este mecanismo explica la disminución del embarazo adolescente que habría ocurrido en el país; comenzó en los sectores sociales más altos –la disminución del embarazo adolescente es mayor y ocurre antes en algunas regiones- y luego se redujeron las desigualdades al distribuirse a sectores menos favorecidos, como un reflejo de la polarización social (Clouston, Rubin, Phelan, y Link, 2016). El tercer mecanismo es la nuliparidad definitiva, o sea no tener hijos biológicos propios, dato obtenible por censo y más frecuente en hombres que en mujeres.

En cualquier estado, la amplitud y naturaleza de las intervenciones gubernamentales sobre la natalidad son uno de los factores más importantes, independientemente de las intenciones políticas sobre la cuestión. Cualquier explicación sobre el tema, económica o ideológica, es insuficiente para entender los cambios sobre la natalidad. Hay distintos procesos y fuerzas subyacentes de cambio, algunas de las cuales se analizan en este estudio y cuya influencia se sospecha, y que además tienen efectos complementarios sobre el curso de la natalidad (McNicoll, 2001).

Entre las acciones del estado nacional que pudieron influenciar la natalidad, cabe destacar que en el año 2002 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable por Ley 25675 (que a partir de 2018 se denomina Dirección de Salud Sexual y Reproductiva DSSyR). En el año 2006 se aprobó la Ley 26150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral Obligatoria en todos los niveles educativos y al año siguiente se desarrolló el Sistema de Aseguramiento de insumos anticonceptivos. Se implementó en el 2018 el Plan ENIA para adolescentes integrando acciones de varios Programas antes mencionados y desde la DSSyR se distribuyeron test de embarazo y se proveyó de dispositivos intrauterinos al sector público.

Resulta pertinente destacar que estas intervenciones fueron posteriores a la caída de natalidad de las adolescentes que se describió anteriormente. Asimismo, en el año 2020 se aprueba la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (Rofman, R; della Paolera, C; Camisassa, J; López Méndez, E., 2022). Cabe señalar que la Sociedad de Ginecología y Obstetricia (SOGIBA) acompañó con debates en reuniones, congresos e intervenciones públicas este proceso de transformación.

c) Sobre el lugar de residencia

El análisis que se presenta se hizo sobre un total nacional de 6.316.751 nacidos vivos durante el período 2012 a 2020. Los nacimientos disminuyeron entre el primero y tercer trienio en todas las regiones. Se destaca que los porcentajes que figuran en la tabla reflejan la proporción dentro del trienio –lectura vertical- (Tabla 3). La disminución de los nacimientos debe hacerse en relación al número que figura en la última fila (véase el número de nacimientos totales –incluyendo “otros” y “sin especificar”- de cada región en la Tabla 3 bis del anexo).

Tabla 3. Porcentaje y número de nacidos vivos registrados según lugar de residencia de la madre por trienio. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Región	2012-14	2015-17	2018-20	Total Trienios
Centro	63,2	62,4	61,6	62,4
Cuyo	8,6	8,5	8,5	8,5
Noroeste	10,9	11,2	11,5	11,2
Noreste	10,9	11,4	12,2	11,4
Patagonia	6,4	6,5	6,3	6,4
Total País	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2.223.559	2.156.685	1.807.036	6.187.280

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

El primer trienio basal (2012-2014) representa el 35,9% de los nacimientos analizados. En el segundo trienio, nacieron el 34,9% de los niños (Tabla 3). La disminución fue mayor en las regiones centrales del país –Centro y Cuyo- mientras que en el norte –NEA y NOA- y en la Patagonia, prácticamente no se modificaron; como el denominador de la proporción disminuye –número de nacidos vivos-, su representación proporcional resulta aumentada. En el tercer trienio, con el 29,2% de los nacimientos, se observa un marcado descenso en todas las regiones, sobre todo en las que tienen mejores condiciones socioeconómicas.

Las regiones de NEA y NOA son las que tienen la mayor proporción de población rural (19% vs 9% del resto del país) y la disminución de la natalidad fue

menor y más tardía que en las otras tres regiones. Si bien la región Centro es la más poblada y desarrollada desde el punto de vista económico –en ella habita casi el 70% de la población-, presenta marcadas desigualdades sociales y territoriales, particularmente entre las grandes ciudades y sus periferias marginadas, a las que llegan poblaciones vulnerables de todo el país. Esto explica que en esta región habiten 4 de cada 5 pobres que hay en el país. La Patagonia es diferente a las anteriores, en ella vive el 6% de la población en el 33% de la superficie del país, pero también tiene alta incidencia de pobreza (Abeles y Villafañe, 2022). Las desigualdades regionales en la disminución de nacimientos son un reflejo de las distintas características socioeconómicas y culturales, las más favorecidas son las que tuvieron la mayor disminución.

d) Sobre la edad de la madre

Los nacimientos de madres adolescentes disminuyeron en todas las regiones (Tabla 4 bis del anexo). Fue una caída temprana que se profundizó fuertemente en el tercer trienio. En las regiones del norte -NEA y NOA- cayeron un 30% lo que es menor que en el resto del país (entre 40 y 50%). El grupo de mujeres entre 20 y 34 años de edad, el más numeroso, no tuvo una disminución clara en el segundo trienio y la caída de los nacimientos fue tardía, se ve en el tercer trienio, siendo NEA la región con la menor disminución en este grupo etario. Entre las mujeres de 35 años y más se observó un aumento de los nacimientos en el segundo trienio en todas las regiones.

Tabla 4. Porcentaje y número de nacidos vivos registrados según edad de la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Edad Madre	2012-14	.2015-17	2018-20	Total trienios
Menor de 20	15,5	14,1	11,7	14,0
20 a 34	68,9	69,0	69,9	69,0
De 35 y más	15,5	17,0	18,4	17,0
Total País	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2.243.310	2.168.816	1.811.320	6.223.446

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

En Argentina, la edad materna se desplazó a edades cada vez más avanzadas. Cayó la maternidad adolescente mientras que la maternidad de mujeres de 35 años y

más, que representan menos del 20% del total de nacimientos, prácticamente no se modificó. Biológicamente, la maternidad tardía tiene más condiciones de riesgo, pero desde lo social hay más estabilidad familiar y más recursos. La edad media de la fecundidad, estimada por INDEC en el Censo Nacional de 2010 fue de 28,09 años y para el 2040 se proyecta una edad media de 28,23 años.

e) Sobre el nivel instrucción alcanzado por la madre

Entre las mujeres que tienen hasta educación primaria completa se observa una precoz y marcada disminución de nacimientos en todas las regiones (Tabla 5 bis del anexo), sobre todo en las más privilegiadas desde el punto de vista socio-económico. Esto puede relacionarse con la expansión del sistema de educación formal y la incorporación de programas de educación sexual en las escuelas. Es posible la contribución a este resultado del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la adolescencia (Davolos y Feijoo, 2012).

Con educación secundaria incompleta, el número de nacimientos disminuyó, pero aumentó ligeramente en Cuyo y NOA (Tabla 5 bis del anexo) y el descenso se produjo en el tercer trienio excepto en NEA donde siguió con un ligero incremento de nacidos vivos. La probabilidad de acceso y permanencia en el sistema educativo se asocia a las posibilidades socio-económicas de cada región. Igual que la salud, la educación esta descentralizada, es decir que los recursos y la gestión dependen de cada jurisdicción.

Las mujeres con educación secundaria completa y más mostraron aumento de nacimientos en todas las regiones en el segundo trienio y el descenso tardío, en el tercer trienio, osciló entre el 7 y el 14% entre las regiones.

Tabla 5. Porcentaje y número de nacidos vivos registrados según máximo nivel de instrucción alcanzado por la madre por trienio. República Argentina. Años 2012-2020.

Máximo nivel de instrucción	Trienio			
	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Hasta Primaria/C. EGB Completa	28,7	23,6	18,7	24,1
Secundaria/ Polimodal Incompleta	22,9	24,4	25,4	24,1

Secundaria /Polimodal Completa y más	48,4	52,0	55,9	51,8
Total País	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2.179.253	2.099.305	1.714.579	5.993.137

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

f) Sobre el local de ocurrencia del parto

El sector público asiste la mayoría de los nacimientos en todas las regiones, sobre todo en NEA y NOA donde 2 de cada 3 nacimientos se producen en el sector público y en las restantes regiones es más de la mitad de estos eventos (Tabla 6 bis del anexo).

La disminución de nacimientos fue mayor en el sector no público, excepto en la región Centro donde la caída se inició en forma más precoz pero el resultado final fue similar entre ambos sectores de atención. En las restantes regiones la disminución de nacimientos fue tardía y más marcada en el sector no público. Dado que el sector público asiste a las mujeres de menores recursos se comprueba que en estas mujeres la disminución de la natalidad fue notoriamente menor, sobre todo en las regiones del norte. Este es otro aspecto de la desigualdad social.

Tabla 6. Porcentaje y número de nacidos vivos registrados según local de ocurrencia del parto por trienio. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Lugar de Ocurrencia	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Est. Público	57,8	57,7	59,1	58,2
No Público	42,2	42,3	40,9	41,8
Total País	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2.261.653	2.184.711	1.834.891	6.281.255

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

g) Sobre el número de orden de nacido vivo (paridad)

El número de mujeres que tienen su primer hijo disminuye en todas las regiones, sobre todo en las más favorecidas. El NEA es la que menor disminución tiene (Tabla 7

bis del anexo). En los nacimientos de orden 2 y 3 la disminución se atenúa en todas las regiones, sobre todo en NEA. Los órdenes superiores, 4 hijos y más disminuyen en todas las regiones, particularmente en las más urbanizadas. El hecho que hayan disminuido los primeros hijos indicaría un aumento en el número de mujeres sin hijos, hecho más visible en las regiones más ricas, incluyendo la Patagonia.

Tabla 7. Porcentaje y número de nacidos vivos registrados según número de orden del nacido vivo por trienio. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Orden de Nacido Vivo	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
1	41,0	39,7	39,3	40,0
2	30,3	31,4	31,4	31,0
3	15,3	16,1	16,7	16,0
4 y más	13,5	12,8	12,8	13,0
Total País	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2231.249	2163.663	1806.438	6.201.350

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

En Europa, y posiblemente en Argentina, las parejas prefieren tener hasta dos hijos y esta norma se mantiene desde hace algunas generaciones (Esping-Andersen, 2013). Las tasas de fecundidad altas no son elección en la mayoría de las mujeres. En Europa, las mujeres que no desean ningún hijo (4%) o sólo un hijo como máximo (10%) son una minoría frente a los que querrían tener 3 hijos o más (26%) (Testa, 2006). En Argentina, entre las mujeres que tienen hijos, el 40% tiene un hijo y el 30% tiene dos hijos. Este fenómeno indica que el déficit de bienestar se halla en la dificultad de ir más allá del primer hijo, aun cuando se podría considerar que lo ideal es tener dos hijos.

h) Sobre el nivel de instrucción y el local de ocurrencia

En las mujeres que tienen educación hasta primaria completa la caída de la natalidad

fue similar entre quienes tuvieron sus partos en establecimientos del sector público o en otro lugar (47 y 55 % de disminución del número de nacimientos) (Tabla 8 bis del anexo). Esta caída puede atribuirse a las acciones de educación sexual, acceso gratuito a los modernos métodos anticonceptivos y diagnóstico precoz del embarazo, así como al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Entre quienes tienen educación secundaria incompleta, la disminución de los nacimientos fue sólo en las instituciones no públicas. En el sector público hubo un aumento en el primer trienio y una disminución de magnitud similar en el último trienio, por lo que la disminución final en el período de estudio fue casi nula. Ya se ha señalado que en el sector público se asisten las mujeres con mayores carencias socioeconómicas. Son jóvenes con trabajos no registrados, ni ella ni su pareja, o desempleadas, con menos recursos y habilidades que contribuyen a un mayor aislamiento social y pérdida de autoestima. Puede suponerse que la caída tardía se relaciona con la mayor accesibilidad a métodos anticonceptivos y a las mayores limitaciones en las condiciones de vida.

Entre quienes tienen educación secundaria completa o mayor, las que se asisten en instituciones del sector público prácticamente no disminuyeron el número de nacimientos mientras que quienes lo hacen en otros lugares disminuyeron un 16 % a lo largo del período de estudio.

Tabla 8. Porcentaje y número de nacidos vivos registrados según máximo nivel de instrucción alcanzado por la madre y el local de ocurrencia del parto por trienio. República Argentina. Años 2012-2020.

Trenio					
Nivel Instrucción	Lugar Ocurrencia	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Hasta Primaria / C. EGB Completa	Est. Público	82,7	83,3	84,8	83,3
	No público	17,3	16,7	15,2	16,7
Total País		100,0	100,0	100,0	100,0
N		625.210	491.420	320.128	1.436.758
Secundaria/Polimodal Incompleta	Est. Público	70,7	74,7	79,4	74,8
	No público	29,3	25,3	20,6	25,2
Total País		100,0	100,0	100,0	100,0
N		497.417	509.107	434.387	1.440.911

Secundario/Polimodal Completa y más	Est. Público	35,8	36,3	40,6	37,4
	No publico	64,2	63,7	59,4	62,6
Total País		100,0	100,0	100,0	100,0
N		1.052.975	1.082.629	953.015	3.088.619

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

La condición de bajo nivel socioeconómico tomando como indicador el hecho de asistir en instituciones del sector público, marca la falta de oportunidades o de seguridad social. Son mujeres en las que la vida familiar y las condiciones de trabajo pueden impactar fuertemente en su existencia. Pueden tener doble trabajo, uno no registrado y, además, el cuidado de la familia.

i) Sobre la edad materna y el número de orden de nacimiento

La disminución de nacimientos se produjo en todas las regiones y en todos los segmentos de la población en forma heterogénea, lo que depende de factores históricos, culturales sociales y económicos, siendo más marcada la caída en las regiones más desarrolladas (Tabla 9 bis del anexo).

Las características de los primeros y segundos embarazos en adolescentes en Argentina fueron analizadas por Binstock y Gogna (2014). En la tabla se observa que la disminución de nacimientos en este grupo etario es tardía y más marcada a medida que avanza la paridad.

Las mujeres de 20 a 34 años tienen un menor descenso del número de hijos y a diferencia del grupo etario anterior, la mayor disminución es con el primer hijo (variación porcentual -20%) (Tabla 9 bis) y cae a medida que progresa el orden de nacimiento, excepto 4 y más.

Las mujeres de 35 años y más tienen un pequeño aumento con el primer hijo y en los siguientes no hay cambios significativos.

En los subtotales del 2012-2014 (Tabla 9 bis) se ve que las menores de 20 años son el 15%, al igual que las mujeres de 35 y más. En 2018-2020 estas frecuencias cambian poco, 12% las más jóvenes y 18% las mayores, manteniéndose en 70% el grupo de edad de 20 a 34 años.

Tabla 9. Porcentaje y número de nacidos vivos registrados según edad de la madre y el número de orden de nacimiento por trienio. República Argentina. Años 2012-2020.

		Trienio			
Edad Madre	Orden Nacido Vivo	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Menor de 20	1	80,8	79,3	81,8	80,5
	2	16,7	18,0	16,0	17,0
	3	2,2	2,4	1,9	2,2
	4 y más	0,3	0,4	0,3	0,3
<i>Total País</i>		<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
N		345.028	302.061	210.264	857.353

20 a 34	1	36,6	36,1	35,6	36,1
	2	33,2	33,9	33,5	33,5
	3	16,7	17,3	17,7	17,2
	4 y más	13,5	12,7	13,2	13,2
<i>Total País</i>		<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
N		1.546.539	1.495.684	1.265.443	4.307.666

35 y más	1	18,3	19,6	21,4	19,7
	2	29,1	30,7	31,0	30,3
	3	21,4	22,0	21,9	21,8
	4 y más	31,2	27,6	25,6	28,2
<i>Total País</i>		<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
N		344.107	362.859	323.489	1.030.455

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Esta situación tiende a parecerse a la de Uruguay y a la de Europa Occidental (Ferrando, 2003). En América del Sur, al igual que en Argentina, los nacimientos disminuyen en forma heterogénea, mostrando las regiones más ricas la mayor disminución.

Desigualdades e inequidades en salud: evidencias

Es evidente el beneficio de tener información consistente para tomar decisiones en muchos temas sociales; las intervenciones para mujeres en edad reproductiva y la organización de los cuidados para satisfacer las necesidades de los más carenciados en el área materno infantil son temas que generan preguntas sobre la forma y el diseño de la intervención. Estos son ejemplos del tipo de interrogantes que deben hacerse para formular políticas o introducir prácticas ya que hacerlo sin considerar las evidencias sería probablemente imprudente.

En el estudio de las desigualdades e inequidades en salud la evidencia se presenta de formas diferentes y complementarias. Hay un amplio rango de métodos cuantitativos y cualitativos para lograr la síntesis de estas diferentes formas. Sin embargo, pocos fueron evaluados y persisten problemas metodológicos que no se han resuelto. Quienes toman decisiones deben elegir la mejor evidencia disponible. Muchas de las barreras en la producción de evidencias son metodológicas más que ideológicas y requieren esfuerzos e inversión para superarlas (Dixon-Woods, 2006; Erikson, Goldthorpe, y Portocarero, 1979).

La teoría de la relación fundamental es un modelo que muestra la influencia de factores sociales y económicos en las inequidades de salud (Phelan y Link, 2013). Esta aproximación teórica no tendría interés especial si sólo relacionara la situación socioeconómica con condiciones de salud (Freese y Luftey, 2011). Para ser “fundamental” se requiere que un factor ejerza su efecto en una dirección y cuando aparecen nuevos mecanismos o factores se mantiene la dirección. Las inequidades o desigualdades entre diferentes grupos de personas son el resultado de complejas interacciones de factores o masiva multiplicidad de mecanismos los que son denominados metamecanismos. Estos son mecanismos que persisten en el tiempo aun cuando van cambiando de forma. No se considera a los mecanismos específicos próximos como el acceso a anticonceptivos como responsables de una acción persistente, sino que algunos metamecanismos generados en el tiempo son los que mantienen la asociación (Luftey y Freese, 2005).

La capacidad individual de una mujer para decidir tener hijos, con o sin acceso a una intervención formal de educación sexual, está obstaculizada por una débil red de contención social, malas condiciones de vida y de trabajo y carencias en su medio socio-económico, cultural y ambiental. Las intervenciones tienen potencial de cambio sólo a través de la conducta de las personas y serán menos efectivas en las mujeres socialmente carenciadas, motivo por el cual podrían ampliar las desigualdades de salud. Por ejemplo, en Argentina, como lo muestran los datos presentados, se puede ver que en las regiones donde las mujeres han logrado mayor empoderamiento – mayor nivel educativo, más cobertura social o trabajo en blanco- se registraron menos nacimientos. Lo contrario se observa en Europa, en los países de la OCDE, en los que el desempleo, la inseguridad laboral, el retraso en la educación, la falta de independencia económica son los frenos de la natalidad (Esping-Andersen, 2013; Goldthorpe, 2000).

La máxima efectividad de intervenciones se alcanza cuando se actúa en las distintas capas de influencia: a nivel individual, comunitario y de la sociedad. Este análisis muestra que la proyección hecha en el 2018 (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018) no pudo prever la marcada caída de la natalidad que se produjo en el trienio que siguió a dicho informe y que se presenta en este estudio.

El demógrafo John Bongaarts refiere que los determinantes próximos de la fecundidad son los factores conductuales como el uso de anticonceptivos o el aborto sobre los que actúan los determinantes del contexto social y económico (Bongaarts, 1978). El efecto general se mantiene operativo independientemente de los cambios en las tecnologías reproductivas o anticonceptivas.

La disminución de los nacimientos que se observa en Argentina, en la última década, posiblemente se relacione con una mayor accesibilidad y disponibilidad a la anticoncepción y al aborto (Marmot y Richard, 2006; Rofman, R; della Paolera, C; Camisassa, J; López Méndez, E., 2022). Estos métodos de control de la natalidad dependen del autocontrol individual y son electivos. Elegir la anticoncepción es un cambio de conducta que, como otros cambios, con frecuencia genera resistencias. Se han propuesto múltiples teorías para explicar el cambio de conductas y se realizaron intervenciones basadas en ellas y las evaluaciones sobre su efectividad no son concluyentes (Kelly, 2006).

Hay dos tipos de problemas que surgen en la evaluación de intervenciones sobre salud, empíricos y ontológicos. Los problemas empíricos se refieren a la instrumentación inadecuada y error de medidas en las intervenciones. Por ejemplo, la asistencia del parto, la “violencia obstétrica”, son conceptos relevantes cuando se estudian problemas relacionados con la natalidad.

Los problemas ontológicos son más importantes. Consideran a la estructura social como conjunto de factores individuales. Dentro de la sociedad hay grandes variaciones, y sectores diferentes de la población dan respuestas distintas a las intervenciones. Por ejemplo, la distribución de los trabajadores de salud, la gran mayoría de ellos están concentrados en pocas ciudades de la zona Centro del país y con marcadas deficiencias en NEA y NOA.

Esta tesis pretende señalar dónde están las desigualdades a partir de la consideración de que el perfil de la estructura socioeconómica es determinante para la

natalidad. Si bien la posición social es un factor muy importante, otros determinantes como la edad a la que se tienen los hijos, la educación materna y las políticas de género, entre otros, son dimensiones de inequidad que están siendo revaloradas, con efectos separados pero acumulables sobre el número de nacimientos y la salud en general (Crompton y Lyonette, 2005; Esping-Andersen G., 1993; Wright, 1997).

Las desigualdades regionales requieren diferenciar determinantes cuando se pretende orientar políticas que actúen sobre ellos para mejorar la salud y acortar las inequidades. En lugar de tratar de refinar variables, la idea es construir un block de análisis. Las variaciones en la estructura social modifican permanentemente los estilos de vida. La vida se reproduce entre la agencia humana y la estructura social. Debe tenerse presente que la variación social es mucho mayor que la variación biológica, por lo que cualquier intervención debe apuntar con precisión para mejorar o producir cambios en la natalidad (Grusky, 2001).

Las regiones. (Tabla 3)

En el análisis de la disminución de nacimientos por región (Tabla 3 y Tabla 3 bis del anexo), se deben tener presente las tradiciones sociológicas históricas, particularmente, a nuestro entender, aquellas especificadas por el funcionalismo y el interaccionismo simbólico (Talcott Parsons, 1902-1979), es decir, el ambiente social, el funcionamiento de la sociedad y sus normas.

En los estudios de salud, la variable lugar hasta hace poco tiempo se consignaba como el lugar de residencia. En la década de 1990 se realizaron estudios empíricos buscando separar las características de los residentes del contexto de la región en lo que se conoce como contexto versus composición. Es decir, por una parte, se considera a la estructura social –vivienda, escuelas, servicios de salud, etc.- como condicionantes de la natalidad, efecto reproductor, y de otras condiciones de salud. Por otra parte, se las percibe como determinantes de los perfiles sociales individuales con cambios en el tiempo –edad, sexo, condición socioeconómica- y parecería que en este último caso se estaría cometiendo una falacia ecológica: inferir una conducta individual en relación a observaciones realizadas a nivel poblacional o agregado (Frohlich, Vallée, Macintyre, y Cellaway, 2022).

En la actualidad, los estudios de salud consideran el lugar con una concepción relacional de procesos, interacciones y resultados de salud, como la natalidad. Las

teorías relacionales proponen que el lugar se produce y mantiene por las actividades de personas que están próximas o distantes del lugar, que trabajan en forma individual o grupal, en una amplia escala geográfica (Cummins, Curtis, Diez-Roux, y Macintyre, 2007). El hecho de poner más atención en la gente no quita que se tengan presentes las características estructurales que condicionan los resultados de salud. En este sentido, la creación de ambientes saludables en los que la gente vive, trabaja y socializa es una de las cinco propuestas claves de la Carta de Ottawa para la promoción de salud de OMS (World Health Organization, 1986).

Las políticas nacionales o regionales sobre natalidad requieren estudios para su evaluación y tanto las características ambientales como las conductas reproductivas o de salud están expuestas a sesgos. Si la pareja que recibe la intervención no percibe que el cambio puede beneficiarla, es posible que la utilidad que se busca no se materialice.

La relación ambiente-reproducción abre interrogantes sobre los conceptos y enfoques sociológicos necesarios para expandir los determinantes sociales que incluyen el capital ambiental, así como el capital social, o políticas regionales-ambientales en el análisis de las políticas reproductivas. Esto incluye los conceptos y teorías psicológicas y ambientales de forma tal que “se las pueda ver críticamente a través de una lente sociológica” (Maller, Townsend, Leger, et al., 2008).

Las regiones menos urbanizadas tienen peores condiciones de salud, sobre todo para las mujeres, atribuibles a conductas que dependen de factores sociales y económicos (Stein, Gennuso, Ugboagi, Remington, 2017). En estas áreas no hay trabajos bien remunerados y hay mayor pobreza que promueve obesidad, inactividad física, dietas inadecuadas y aumento de alcoholismo. Y, además, se requiere el desarrollo de infraestructura –acceso a gas, agua potable, conectividad vial y digital, logística-.

Entre regiones, las diferencias en natalidad están en relación directa con el grado de industrialización y urbanización de cada una (Arango, 1980)

Desde la mirada de la sociología de la salud, la región y el ambiente abren nuevas perspectivas para explicar cómo intersectan los procesos sociales-biofísicos para contribuir a la reproducción humana. Si se considera como procesos a la región o ambiente, la población y el sistema de salud, pueden establecerse relaciones entre ellos. Esto tiene la posibilidad de expresarse de diferentes formas, muchas de ellas aún

desconocidas (MacBride-Stewart, 2019). Las concepciones relacionales de región rechazan la dicotomía estructura-agencia dominadas ampliamente por demógrafos y epidemiólogos. La teoría relacional y otras teorías relevantes para la sociología como la fenomenología y el constructivismo estructuralista entre otras, podrían tener gran utilidad para comprender cómo el lugar o región influye en la reproducción humana y en la salud. Estudios interdisciplinarios de médicos y sociólogos permitirían recuperar “la región” concepto que se ha dejado a otras profesiones (Savage, 2012).

La Edad materna. (Tablas 4 y 4 bis)

La maternidad adolescente tiene creciente importancia como marcador de desigualdades sociales y de salud y es un factor de exclusión social. Este tema es de importancia para sanitaristas, los medios, políticos, y activistas sociales que han mostrado interés y una posición sobre el tema. Muchos consideran que el problema es un reflejo de la caída de la moral estándar en las jóvenes y requiere una acción y una política sobre el tema. En Argentina se aprobó la Ley 26150 en el 2006 y se implementó en el 2008 sobre la Educación Sexual Integral. Trabajó con métodos y contenidos limitados y dependía de la participación de los docentes. No tuvo impacto en los nacimientos de menores de 20 años.

Por otra parte, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la adolescencia en Argentina, ENIA (de León, Gimena; Thourte, Manuela (coord.), 2019) se puso en marcha a nivel nacional en 2018, con dificultades y barreras de distinta índole (Davolas y Feijoo, 2022). Es una intervención que pudo haber reforzado la disminución de los nacimientos adolescentes observados en el trienio posterior a su implementación. El Plan ENIA es una actividad integral, intersectorial entre los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social. Se requiere saber qué elementos del Plan funcionaron y tuvieron el mayor impacto y esta es una pregunta que debe ser respondida con análisis específicos. Hay estudios que sugieren que parte de la disminución de la natalidad de las adolescentes podría deberse al Plan ENIA (Sacerdote, 2022).

A diferencia de lo que ocurre con las menores de 20 años, los nacimientos en el grupo de 20 a 34 años no disminuyen hasta el tercer trienio del estudio. En las regiones de NEA y NOA incluso tienden a aumentar (Tabla 4 bis del Anexo). El descenso de los nacimientos es tardío en todas las regiones y en NEA de poca magnitud. Se ignora

cuantos de los embarazos en este grupo etario fueron no buscados al tiempo de la concepción, así como la frecuencia de abortos.

En las mujeres de 35 años y más, hay una creciente proporción de nacimientos. Se observa que este grupo etario es el que muestra la menor disminución del número de nacimientos. Aun cuando la edad materna mayor de 35 años tiene una fuerte asociación con la mortalidad fetal podría suponerse que el uso del diagnóstico prenatal y del aborto habrían disminuido las muertes fetales atribuibles a anomalías congénitas, o las muertes fetales en gestaciones avanzadas por buena calidad de la atención del embarazo (Reddy, Ko, Willinger, 2006).

Estos datos son relevantes porque, a pesar de la disminución del número de nacimientos en Argentina, el número de muertes fetales no se modificó (Guevel, C. 2023, comunicación personal). Los tratamientos para infertilidad, y el hecho de posponer el embarazo mediante conservación de óvulos o embriones, que si bien es de pequeña magnitud son otros temas que requiere información. Las técnicas de fertilidad asistida de alta complejidad podrían cambiar el perfil demográfico de muerte fetal dado que las mujeres no pobres están teniendo sus hijos en esta edad, al tiempo que las mujeres de familias pobres están dejando de tener hijos de orden 4 y más.

Mientras la edad materna avanzada es un factor de riesgo independiente de muerte fetal en embarazos únicos, no es igual a la edad materna menor de 20 años. Las madres jóvenes tienen un riesgo por factores no medidos conductuales, sociales y culturales (Spong, 2011).

Nivel de instrucción. (Tabla 5 y 5 bis)

En cada Región, el acceso y permanencia en el sistema educativo depende de cada jurisdicción dado que se trata de un sistema descentralizado en la gestión y los recursos de gran parte del sistema educativo son provinciales. Al igual que en salud, cada gobierno provincial define las políticas y su implementación, que dependen del grado de desarrollo económico de la provincia y a esto quedan supeditadas las capacidades instaladas y los recursos disponibles. En NEA y NOA están los mayores atrasos, sobre todo en NEA. La región Centro está en mejor situación relativa, Cuyo está peor. Patagonia está en una situación intermedia (Tabla 5 bis del Anexo). Al igual que en salud, NEA y NOA por su situación desventajosa no pueden contener a su población y son regiones de las que la gente emigra (Abeles y Villafañe, 2022).

Tal como se observa en la Tabla 5 y 5 bis del anexo, quienes tienen hasta primaria completa mostraron la mayor y más precoz caída de nacimientos en todas las regiones. Las mujeres con secundario incompleto disminuyeron sus nacimientos en región Centro y Patagonia y aumentaron en NEA. Por su parte, NOA y Cuyo tuvieron primero un aumento y luego una disminución por lo que no mostraron cambios significativos entre el trienio basal y el último trienio (Tabla 5 bis del anexo). El aumento en educación de las mujeres jóvenes mejora sus posibilidades de conseguir trabajo, su condición social y autoestima. Asimismo, la educación provee los medios para que las mujeres jóvenes puedan elegir estilos de vida, conocer la biología de sus propios cuerpos, tomar sus decisiones y expresar sus opiniones. Las regiones más pobres, con obstáculos socio-culturales, tienen condiciones de educación peores que las regiones más aventajadas (Abeles y Villafañe, 2022).

Región, edad y nivel de instrucción. (Tabla 11 del Anexo)

Las mujeres adolescentes en todas las regiones y en todos los niveles de instrucción disminuyeron sus nacimientos. La mayor escolaridad facilita su entrada al mercado de trabajo en mejores condiciones y les permite obtener mayores remuneraciones. El acceso a la salud, junto con la educación, es el instrumento fundamental de acumulación de capital humano y la carencia de estos componentes es el determinante inmediato de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Aumentar el acceso de las niñas y adolescentes pobres a la instrucción formal es la intervención principal para reducir la pobreza y las desigualdades.

Las mujeres de 20 a 34 años con hasta primaria completa disminuyeron los nacimientos en todas las regiones. Con secundaria completa, en este grupo etario, sólo en región Centro y Patagonia disminuyeron los nacimientos, NOA y Cuyo tuvieron una pequeña disminución. Quienes tienen hijos antes de completar la educación secundaria, empeoran su oportunidad laboral y difícilmente puedan evitar la esfera doméstica. Las mujeres son las responsables mayoritariamente de las tareas hogareñas y de proveer recursos para las viviendas precarias (WHO and UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, 2008). El tiempo destinado a este tipo de tareas podría dedicarse a obtener ingresos, educación, o crianza de hijos, todo lo que se relaciona con condiciones de salud de las mujeres y sus familias.

Tener hijos mientras se está estudiando, en cualquier nivel de educación, es crítico si la mujer tiene compromisos sociales y económicos. La educación materna también es importante para la supervivencia, crecimiento y maduración de sus hijos. Cuanto más baja es la educación de la madre, mayor es la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años en todos los países.

La inequidad de género se asocia con formas específicas de violencia contra las mujeres, por sus parejas, por conocidos o extraños. Hay formas menos conocidas de abuso o explotación como la prostitución o las lesiones o hasta la muerte “por honor” en quienes transgredieron roles sociales. Estos hechos podrían ser detectados si concurriesen a los establecimientos educativos.

Las mujeres de 35 años y más, con primaria completa, disminuyeron sus nacimientos en todas las regiones; casi no cambiaron el número de nacimientos en secundaria incompleta, excepto NEA que lo aumentó y aumentaron con secundaria completa, excepto en región Centro que no se modificó.

Local de ocurrencia del nacimiento. (Tabla 6 y 6 bis)

Este es uno de los indicadores claves del análisis. Previo a los comentarios de los resultados se debe destacar algunos conceptos.

La inequidad de género se reserva para aquellas desigualdades que se consideran innecesarias, evitables y además injustas (Whitehead, 1990). Es un hecho conocido que las mujeres consumen más servicios de salud que los hombres. Sin embargo, este mayor consumo no constituye necesariamente una expresión de privilegio social. Las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención con respecto a salud reproductiva, embarazo, parto y puerperio. Además, las mujeres son más perceptivas con respecto a la percepción de síntomas de enfermedad y con los procesos formales e informales de cuidados de salud –prevención–.

Con respecto al sistema de salud, la utilización y acceso por parte de las mujeres se debe a que ellas reciben medicalización de procesos biológicos naturales, subsidios financieros a cierto tipo de servicios (anticoncepción, asistencia del embarazo y parto) y las ineficiencias en la provisión de atención que se deriva de la fragmentación del

sistema de cuidados de salud. Además, la mayor utilización de servicios preventivos puede traducirse en una posterior utilización de métodos de mayor complejidad.

Las mujeres demandan más que los hombres de los servicios y se ven obligadas a pagar más para mantener su salud, sobre todo cuando carecen de cobertura de seguridad social, y en estas tareas como el trabajo en el sector informal y el empleo a tiempo parcial, están sobrerrepresentadas. Las mayores diferencias por sexo y la mayor utilización femenina de servicios se producen durante la edad reproductiva, en edades más avanzadas desaparecen las diferencias por sexo. En algunos contextos culturales y en sectores de menores ingresos la utilización femenina de servicios puede ser similar a la de varones.

La función social de reproducir la especie recae sobre las mujeres, quienes en proporción creciente no tienen pareja para compartirlo. Aun cuando la pareja tenga cobertura de seguridad social, la incertidumbre para la mujer es la estabilidad del vínculo familiar, la estabilidad laboral del afiliado y la estabilidad de la cobertura a dependientes (Gómez Gómez, 2002).

Región, nivel de instrucción y local de ocurrencia. (Tabla 8 y 8 bis)

En la Tabla 8 y 8 bis del anexo, se muestran en buena medida las importantes diferencias que se esconden detrás de muchos indicadores medios. Los estudios sobre región, nivel de instrucción, pobreza y acceso a la salud entre tantos otros suman evidencias para orientar políticas hacia la equidad. Los nacimientos y el desarrollo regional fueron analizados en la Tabla 3 y en la 3 bis del anexo. Se señaló la heterogeneidad social y económica de las regiones, destacando un NEA y NOA con fuertes necesidades, un Centro y Cuyo heterogéneos con mejor situación de salud y mejores condiciones generales de vida y una Patagonia en situación intermedia pero cercana a las más privilegiadas, con recursos económicos y tecnológicos para satisfacer sus necesidades básicas.

En todos los países europeos las parejas entre 20 y 49 años consideran como intención reproductiva el tener dos hijos (Testa, 2006), independientemente de si es posible o no.

De acuerdo con la tabla 8 y 8 bis del anexo, en Argentina, la disminución de nacimientos entre quienes se asisten en el sector público fue muy pequeña para las

mujeres con educación secundaria incompleta o completa. Tres factores podrían explicar esta falta de disminución en los nacimientos entre las mujeres más vulnerables: la insuficiente información sobre métodos anticonceptivos o las dificultades para acceder a ellos, la presión familiar o marital y la ausencia de cambios en las condiciones de vida, incluyendo las laborales. Por el contrario, quienes se asisten en el sector no público disminuyeron los nacimientos, en un 38,5% las que no completaron la educación secundaria y en un 16% las que tenían educación secundaria completa y más.

Las diferencias entre público y no público para un mismo nivel de instrucción marcan que el cambio en la evolución de la natalidad es fundamentalmente estructural. El progreso en la educación de las mujeres asociado a la homogamia educacional en la formación de las parejas, es decir, que las parejas con alto nivel educativo buscan un nivel educativo similar, contribuye a postergar la maternidad. Estas parejas priorizan su realización profesional por sobre la maternidad. Si bien el retraso se ha extendido a todos los grupos sociales, al mirar el descenso de los nacimientos por nivel educativo se observan diferencias importantes (Rendall, Aracil, Bagavos, y otros, 2010). En Argentina la diferencia en la disminución de nacimientos de las madres con secundaria incompleta que se asisten en el sector público y el no público es muy marcada (-2% vs -38,5%), lo que establece una fuerte polarización social.

El efecto de la educación sobre la fecundidad es pequeño en los países con menor desigualdad social y de género (Andersson y otros, 2009), es decir, es un factor modificable con relativa facilidad. El sistema de salud, por el contrario, es un componente estructural mucho más rígido particularmente en Argentina donde presenta una marcada fragmentación y segmentación y resulta un claro indicador de diferencia social.

Región de residencia, edad de la madre y local de ocurrencia del nacimiento.

(Tabla 10 del Anexo)

Las adolescentes más pobres -asistidas en el sector público- tuvieron, en todas las regiones, menor reducción en el número de nacimientos que las adolescentes asistidas fuera del sector público (Tabla 10 del anexo). La diferencia más marcada está en el NEA donde fuera del sector público la disminución es el doble que en el público

En las mujeres de 20-34 años, las diferencias entre lugar público con poca disminución, y no público con mayor disminución, son marcadas –alrededor de 4 veces-

Cuyo, NOA y NEA, incluso en esta última hubo un aumento de nacimientos. Quienes se asisten en el sector público tienen limitaciones financieras y laborales. Aun cuando el costo de la asistencia sea subsidiado por el Estado, tienen limitaciones para cuidar de otros hijos o mayores convivientes a su cargo. Si trabajan como empleadas domésticas o con empleos no registrados es posible que muchas mujeres no reciban una atención prenatal completa durante el embarazo por no poder comprar medicaciones o seguir indicaciones si surgiera alguna complicación. No hay para ellas licencia por maternidad a lo que se suman limitaciones horarias, tiempo de espera en las consultas, costos de transporte, falta de acceso a tecnologías como los estudios genéticos o dietas adecuadas.

En las mujeres de 35 y más años, sólo disminuyeron ligeramente los nacimientos en Cuyo y en el sector público de la región Centro. En las demás regiones la cantidad de nacimientos no se modificó o aumentó, sobre todo en NOA, NEA y Patagonia. Puede suponerse que el aumento de nacimientos en el sector público del interior argentino, en mujeres de 35 años y más, estaría relacionado con el menor acceso y utilización de métodos anticonceptivos modernos.

Los servicios de obstetricia o maternidades dentro del sistema de salud han cambiado por razones médicas, económicas y tecnológicas. Una evaluación externa refiere que “las maternidades públicas de mayor complejidad deben mejorar muchos procesos para ser consideradas seguras”. Bernztein y Gilmore (2017) aseguran que “entre los problemas detectados, hay algunos locales que sólo requieren soluciones a ese nivel, pero también otros que afectan a todas las instituciones y exigen respuestas centrales”. Las maternidades no públicas no han sido evaluadas, pero se destaca que en general están en áreas más urbanizadas, donde está la mayor concentración de población.

Edad de la madre y número de orden de nacimiento. (Tabla 9 y 9 bis)

Comúnmente, la paridad u orden de nacimiento se define como el número de embarazos anteriores al presente, vivos o muertos, excluyendo aquellos que hayan terminado antes de la semana 20. Paridad cero es una primigesta que está embarazada pero aún no tuvo su parto. La conducta que gobierna la reproducción podría estar condicionada por el número de hijos deseados y por el desaliento o compensación que se produce después de pérdidas repetidas de embarazos.

Dentro de los límites reproductivos, el modelo –incluyendo la edad al primer embarazo- está profundamente influenciado por las características sociales y culturales. En condiciones sociales adversas se producen con mayor frecuencia los embarazos a edades más precoces. En las mayores de 15 años de edad no se ha demostrado, en un sentido biológico estricto, la presencia de efectos adversos, las evidencias son escasas, ambiguas e inconsistentes. El riesgo biológico existe en las menores de esa edad. La educación materna y la residencia rural/urbana forman parte del riesgo. La talla materna es otra fuente de riesgo. Si bien la talla es un factor evidentemente biológico, la fuente de su variación no lo es. Tanto los factores sociales como los genéticos son responsables de la talla materna.

El riesgo social del embarazo adolescente es diferente en distintos grupos sociales. En los grupos sociales más privilegiados el riesgo es mayor entre las adolescentes que entre las de mayor edad, mientras que en los grupos sociales más carenciados el riesgo es similar a las de mayor edad. Estas diferencias sugieren una divergencia a dos puntas: por una parte, los factores sociales son más adversos para las adolescentes privilegiadas, pero en números absolutos el embarazo adolescente es mucho más frecuente entre las menos favorecidas.

El espectro de elecciones que tienen las mujeres no permite estereotipos simplistas por los cuales las mujeres con poca agencia no tienen opinión sobre su fertilidad y las que tienen más agencia eligen un plan familiar adoptando medidas contraceptivas. Las características de la relación de pareja y las decisiones reproductivas están influenciadas desde antes de la convivencia y por factores externos a la pareja y requiere una perspectiva del curso de vida en el que se considera el cambio social (Brault, Schensul, y Bankar, 2018).

Las mujeres con mayor agencia previa a la convivencia provienen de familias en las que las mujeres tienen educación, empleo y son valoradas. Estas mujeres tienen los beneficios de los discursos feministas que les dan un contexto social de apoyo con lo que ejercen su agencia. Son mujeres que pueden posponer la convivencia y eligen parejas con culturas de género similares.

Las jóvenes que conviven tempranamente tienen poca agencia y tienen pocas oportunidades de decidir sobre su reproducción (Binstock y Gogna, 2014). Aun cuando tienen poco conocimiento o deseos de posponer su embarazo, después del primer hijo se

acepta tener una familia pequeña como una adaptación a los costos crecientes y limitaciones del espacio asociadas con las condiciones urbanas (Tommasi, Edo, y Thailinger, 2023). Las limitaciones económicas las llevan a utilizar anticonceptivos.

Como se observa en las tablas 7 y 9 y en 7 bis y 9 bis del anexo, en las regiones de NEA y NOA, por menor acceso a la educación y a la contracepción, mantienen alta fertilidad, siendo la lactancia prolongada un condicionante del intervalo intergenésico –hasta un año y medio-. Estas mujeres son un ejemplo de las diferencias de contexto en la reproducción de las desigualdades sociales.

Las mujeres de edad intermedia (20 a 34 años) disminuyen tardíamente su natalidad y la disminución es menor a medida que aumenta la paridad hasta el tercer hijo. Es decir que las probabilidades de una paridad alta siguen presentes. Esta situación es más probable entre las mujeres más vulnerables, quienes residen en contextos semi urbanizados y rurales, con bajos recursos económicos y un bajo nivel educativo (Pierrin, Généus, y Simon, 2024).

Las mujeres de 35 años y más también disminuyen tardíamente su natalidad, pero a diferencia del grupo etario anterior, la disminución de la natalidad aumenta con la paridad. El retraso en los primeros y segundos nacimientos se puede explicar por el retraso de la fecundidad en estas mujeres y la caída en terceros nacimientos y superiores a las fallas reproductivas en estos grupos de edad.

Conclusiones.

La caída de la natalidad en Argentina ha sido rápida y pronunciada y no parece detenerse. Esta caída hace visibles diferencias importantes dentro de grupos de la población que se suponían relativamente homogéneos. La intersección de nacimientos con región, edad, instrucción, entre otras, da una perspectiva sobre cómo las mujeres le dan forma a la reproducción y cómo sus relaciones dependen de su situación socioeconómica y de los cambios de la clase social en una economía globalizada. Dicho de otra forma, la interacción de región, edad, educación, cobertura de salud, y número de hijos en el hogar es más que la suma de sus partes.

Dentro del campo de la salud pública se sigue buscando la causa de la disminución de la natalidad a través del examen del riesgo individual definido en forma limitada por la biología, la genética o poniendo en términos conductuales el uso de

tecnologías contraceptivas, dando una limitada atención a los amplios determinantes sociales de la reproducción.

Por otra parte, las investigaciones y políticas se enfocan sobre la utilización de la anticoncepción y el aborto, oscureciendo la influencia que tienen otras categorías de diferencias -residencia rural, niveles limitados de instrucción, cobertura de salud, hijos en el hogar, edad de la madre entre tantas otras-. Estos análisis pueden producir una comprensión con más matices sobre los caminos y procesos que se relacionan con la maternidad por parte de mujeres ubicadas dentro y fuera de un grupo social o de un rango etario (Kapilashrami, 2022).

Es necesaria una mayor sofisticación en la investigación cuantitativa para medir la desigual distribución promedio de nacimientos. Esto se tendría que complementar con metodologías cualitativas que se usan para estudiar la complejidad de la posición social, el poder y su influencia en la natalidad. La integración de estas metodologías aplicadas a los estudios sobre natalidad aumenta su especificidad para identificar desigualdades (Gangl, Platt, de Polavieja, y van de Werfhorst, 2023).

En este análisis se consideró la tasa bruta de natalidad sin ninguna categorización más allá de su variación en el tiempo. Luego la tasa de fecundidad según lugar de residencia –región- y por grupo etario. Se analizaron los nacimientos por regiones según categorías y se finalizó considerando la relación entre categorías para documentar la desigualdad y la forma en que cambian sus configuraciones entre grupos sociales. Este análisis converge en tres puntos: la necesidad de moverse entre categorías para observar la dinámica social, reconocer que las categorías sociales expresan niveles institucionales y sistémicos y, finalmente la importancia de realizar un análisis en un contexto temporal y espacial (McCall, 2005).

El análisis de distintos niveles de factores en el tiempo y entre regiones permite entender condicionantes de la natalidad. Se puede pensar en intervenciones a nivel estructural que no sean sólo reduccionistas y lleguen a los determinantes de las desigualdades, algunos de los cuales se muestran en este estudio con la descripción de las diferencias en los recursos y el mecanismo que determina las relaciones de poder reflejadas por la natalidad.

Los cambios a nivel estructural pueden producir un amplio impacto entre poblaciones al reducir las limitantes sociales sobre la natalidad. Es necesario redistribuir

los recursos de atención de la salud, particularmente la reproductiva y evaluar los resultados de las intervenciones para definir políticas de población a largo plazo.

Los proveedores de salud reproductiva tienen dificultad para equilibrar sus creencias personales y profesionales, y requieren apoyo en el proceso de brindar cuidados con respecto a una concepción segura. El esclarecimiento de valores en el contexto de cambios estructurales puede ser un enfoque complementario para apoyar usuarias y profesionales.

Se señala que los rápidos cambios en la natalidad y sus diferencias entre regiones y grupos etarios son producto de las desigualdades sociales y requieren adecuadas políticas sociales y económicas además de nuevas investigaciones para aclarar su naturaleza con la población. Entretanto se sugiere implementar más acciones sociales basadas en el conocimiento que ya tenemos (Pakulski y Waters, 2001).

La natalidad más que un proceso biológico es, en parte, una construcción social. Las variaciones observadas en las tasas de natalidad se dan en el contexto de una estructura social cuyas características son las que determinan la conducta de una mujer individual. Los nacimientos son la interacción de componentes biológicos, sociales y culturales en las mujeres en edad reproductiva. Sólo hemos mirado algunos factores sociales. Nuevos estudios que permitan ampliar las variables aquí consideradas, dentro de una metodología que facilite evaluarlas en conjunto, ofrecerán una continuidad necesaria a las preocupaciones vertidas en el presente trabajo.

Bibliografía

- Abeles, M., y Villafañe, S. (2022). *Asimetría y desigualdades territoriales en la Argentina. Aportes para el debate*. Santiago: CEPAL.
- Alderson, A., y Nielsen, F. (2002). Globalization and the great U-turn: Income inequality trends in 16 OECD countries. *American Journal of Sociology*, 107(5):1244-1299.
- Andersson, G., Ronsén, M., Knudsen, M., Lappegård, T., Neyer, G., Skreda, K., Vikat, A. (2009). Cohort fertility patterns in the Nordic countries. *Demographic Research*, 20(14): 313-352.
- Arango, J. (1980). La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 10: 169-198.
- Ashraf, N. (2016). Major determinants of population growth. *International Journal of Human Resources and Industrial Research*, 3(4):1-7.
- Bernztein, R., y Gilmore, C. (2017). Calidad y seguridad de maternidades públicas argentinas de mayor complejidad. Resultados de evaluaciones externas. *Rev. Arg. de Salud Pública*, V8 (31).
- Binstock, G., y Gogna, M. (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. En S. Cavenaghi, y W. Cabella, *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa* (págs. 167-184). Rio de Janeiro: ALAP.
- Bongaarts, J. (1978). A framework for analysing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, 4(1):105-132.
- Brault, M., Schensul, S., y Bankar, S. (2018). The role of premarital agency in delaying marriage and reproductive decision making in urban India. En C. Shonali, J. Erausquin, M. Withers, y Eds., *Global perspectives on women's sexual and reproductive health across the lifecourse* (págs. 21-39). Cham, Switzerland: Springer.
- Cabella, W., Fernández Soto, M., Pardo, I., y Pedetti, G. (2023). *La gran caída. El descenso de la fecundidad uruguaya a niveles ultrabajos (2016-2021)*. Montevideo: Fac. de Ciencias Sociales. Universidad de la República.
- CEPAL. (2022). *Tendencias de la Población de América Latina y el Caribe. Efectos demográficos de la pandemia de COVID-19*. Santiago: Observatorio Demográfico, 2022 (LC/PUB.2022/13-P).
- CEPAL. (2011). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Clouston, S., Rubin, M., Phelan, J., y Link, B. (2016). An Unnatural History: Contextualizing the Rise and Fall of the Social Inequality in Mortality. *Demography*, 53(5):1631-1656.

- Coale, A. (1969). The decline of fertility in Europe from the French Revolution to World War II. En S. Behrman, L. Corsa, R. Freeman (eds). *Fertility and family planning, A world view*. (pág. 18). Michigan: Ann Arbor.
- Cockerham, W. (2021). *Sociological Theories of Health and Illness*. New York: Routledge.
- Crompton, R., y Lyonette, C. (2005). The new gender essentialism-domestic and family 'choices' and their relation to attitudes 1. *The British journal of sociology*, 56(4): 601-620.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A., y Macintyre, S. (2007). Understanding and representing "place" in health research: a relational approach. *Social Science and Medicine*, 65 (9): 1825-1838.
- Davolos, P., y Feijoo, M. C. (2022). Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la adolescencia en Argentina. *Revista Debate Público*. Obtenido de: publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8366/6994
- Davolos, O., y Feijoo, M. C. (2012). Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la adolescencia en la Argentina. *"Debate Público. Reflexión de Trabajo Social"*, 24: 99-114.
- de León, Gimena; Thourte, Manuela (coord.). (2019). *Plan ENIA. Recorrido, logros, desafíos*. Buenos Aires: Ministerios de Salud, Educación, Desarrollo Social, UNFPA, PNUD.
- Dirección Nacional de Población. RENAPER. (2021). *La natalidad y fecundidad en Argentina entre 1980 y 2019*. Buenos Aires: Ministerio del Interior, Argentina.
- Dixon-Woods, M. (2006). Evidence from qualitative and quantitative research. En A. Killoran, C. Swann, y M. Kelly, *Public health evidence: tackling health inequalities* (págs. 269-282). New York: Oxford University Press.
- Erikson, R., Goldthorpe, J., y Portocarero, L. (1979). Intergenerational Class Mobility in Three Western European Societies. *British Journal of Sociology*, 415.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Changing Classes. Stratification and Mobility in Post-Industrial Societies*. London: Sage Publications Ltd.
- Esping-Andersen, G. (1994). El Estado del Bienestar en la sociedad posindustrial. *Revista debates N°49*, 58.
- Esping-Andersen, G. (2013). El déficit de natalidad en Europa: la singularidad del caso español. *Colección de Estudios Sociales*, 27.
- Fanta, J., y Tumas, N. (2020). Sincronicidades entre la transición sanitaria y la segunda transición demográfica en Argentina durante la primera década del siglo XXI. *RELAP- Revista Latinoamericana de Población.*, Vol.14 N°27:257-295. doi:<http://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i12.n27-7>.

- Ferrando, D. (2003). La fecundidad por edades en América Latina y sus perspectivas futuras. En CELADE, *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* (pág. 143). Santiago de Chile: CEPAL.
- Fraser, A., Brockert, J., y Ward, R. (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N.Engl.J.Med.* , 332:1113-17.
- Freese, J., y Luftey, K. (2011). Fundamental Causality: Challenge of an animating concept for medical sociology. En B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. McLeod, y A. (. Rogers, *The Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. (págs. 67-83). New York: Springer.
- Frohlich, K., Vallée, J., Macintyre, S., y Cellaway, A. (2022). Place. En L. Monaghan, y J. Gabe, *Key Concepts in Medical Sociology* (págs. 46-51). London: SAGE.
- Gangl, M., Platt, L., de Polavieja, J., y van de Werfhorst, H. (. (2023). *The Oxford Handbook of Social Stratification*. Londres: Oxford University Press.
- Goldsheider, F., Bernhard, E., y Lappegard, T. (2015). The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior. *Population and Development Review*, 41(2):207-239.
- Goldthorpe, J. H. (2000). On Sociology: Numbers, narratives and the Integration of Research and Theory. USA: Oxford University Press.
- Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 327-334.
- Grande, R., del Rey, A., y Stanek, M. (2022). Efectos del desempleo femenino de larga duración en la fecundidad de las parejas españolas, 2005-2019. *Rev. Int. de Sociol.*, V80(1): e201. Obtenido de <https://doi.org/10.3989/ris.2022.80.1.20.121>
- Grusky, D. B. ed. (2001). *Social Stratification. Class, Race, and Gender in Sociological Perspective. 2nd Edition*. London: Routledge. Taylor and Francis Group.
- Hediger, M. (2011). Pregnancy, Prenatal Care, Weight, and Maternal Age. En G. B. Louis, y R. Platt, *Reproductive and Perinatal Epidemiology* (págs. 93-95). New York: Oxford University Press.
- Hilder, L., Sairam, S., y Thilaganathan, B. (2007). Influence of parity on fetal mortality in prolonged pregnancy. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 132:167-70.
- Kapilashrami, A. (2022). Intersectionality. En L. Monaghan, y J. Gabe, *Medical Sociology* (págs. 38-45). London: SAGE.
- Kelly, M. (2006). Mapping the life-world: a future research priority for public health. En A. Killoran, C. Swann, y M. Kelly, *Public Health Evidence* (págs. 553-573). New York: Oxford University Press.
- Lantz, P. (2021). *The social determinants of declining birth rates in the United States: implications for population health and public policy*. Obtenido de Milbank Quarterly Opinion: <https://doi.org/10.1599/mqop.2021.1010>. (10/11/2021).

- Leasure, J. W. (1963). Factors involved in the decline of fertility in Spain, 1900-1950. *Population Studies*, XVI, 3.
- Leopold, L. (2016). Cumulative advantage in an egalitarian country? Socioeconomic health disparities over the life course in Sweden. *Journal of Health and Social Behavior*, 59:94-112.
- Lesthaeghe, R. (1970-1971). Le dossier de la transition démographique. *European Demographic Information Bulletin*, 1: 224.
- Lesthaeghe, R. (2014). The second demographic transition: A concise overview of its development. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, 111(51):18112-18115.
- Lutfey, K., y Freese, J. (2005). Towards some fundamentals of fundamental causality: Socioeconomic Status and health in the routine clinic visit for diabetes. *Am. J. of Sociology*, 110 (5):1326-2372.
- MacBride-Stewart, S. (2019). Atmospheres, landscapes and nature: off-road runners' experiences of well-being. *Health*, 23 (2): 139-157.
- Maller, C., Townsend, M., Leger, L., y al., e. (2008). *Healthy Parks, Healthy People: The health benefits of contact with nature in a park context - A review of relevant literature*, (2nd ed.). Melbourne, Australia: Deakin University and Parks Victoria. Obtenido de: www.deakin.edu.au/_data/assets/pdf_file/0016/310750/HPHP-2nd-Edition.pdf
- Marmot, M., y Richard, W. (2006). *Social determinants of health*, 2nd. ed. New York: Oxford University Press.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3): 1771-1800.
- McNicoll, G. (2001). Government and Fertility in Transitional and Post-Transitional societies. *Population and Development Rw. Vol 27, Suppl.: Global fertility transition*, 129-159. Obtenido de: https://www.jstor/stable/3115253?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents
- Mertehikian, Y. A. (2022). Argentina's fertility regime (1980-2010): the end of the first demographic transition or an emergent second one? *R.Bras.Est.Pop.*, v.39, 1-29.
- Meyer, L. (11 de 10 de 2022). *Ethic*. Obtenido de <https://ethics.es/2022/10/asi-cambiara-el-mundo.../>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018). *Análisis de la situación de Salud de la Argentina*. Secretaria de Gobierno de Salud, Área de análisis y Sala de Situación de Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- OMS. Consejo ejecutivo. (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. *Conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud* (págs. 1-46). Rio de Janeiro, Brasil: OMS. Obtenido de https://apps.who.int/pdf_files/B130_15-sp

- Pakulski, J., y Waters, M. (2001). The Death of Class. En D. B. Grusky (ed), *Social Stratification. Class, Race, and Gender in Sociological Perspective. 2nd. Edition* (pág. 9). Londres: Routledge. Taylor and Francis Group.
- Pantelides, E. A. (1979). *Evolución de la fecundidad en la Argentina*. Buenos Aires: CENEP-CELADE.
- Pearce, J. (2015). Invited commentary: history of place, life course, and health inequalities-historical geographic information systems and epidemiologic research. *American Journal of Epidemiology*, 181(1):26-29.
- Pérez Brignoli, H. (2022). *América Latina en la Transición Demográfica (1800-2050)*. Buenos Aires: Teseo. doi:<https://doi.org/10.55778/877233315>
- Phelan, J., y Link, B. (2013). Fundamental Cause Theory. En W. Cockerman, *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (págs. 105-126). Dordrecht: Springer.
- Phelan, J., Link, B., y Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Health Soc. Behav.*, 51 Suppl:S28-40. doi:10.1177/0022146510383498
- Pierrin, B., Génés, W., y Simon, D. (2024). Análisis de la fecundidad de las mujeres haitianas por orden de nacimiento. *Mujer y políticas públicas*, 2(2): 149-176. doi:<https://doi.org/10.31381/mpp.v2i2.5797>
- Reddy, U., Ko, C., y Willinger, M. (2006). Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 195:764-770.
- Rendall, M., Aracil, E., Bagavos, C., y otros. (2010). Increasingly heterogeneous ages at first birth by education in Southern European and Anglo-American family-policy regimes: a seven-country comparison by birth cohort. *Population Studies*, 64(3): 209-227.
- Rofman, R; della Paolera, C; Camisassa, J; Lopez Méndez, E. (2022). *Odisea demográfica. Tendencias demográficas en Argentina, insumos claves para el diseño del bienestar social*. Buenos Aires: CIPPEC, UNICEF, UNFPA.
- Roman, E., Doyle, P., Beral, V., Alberman, E., y Pharoah, P. (1978). Fetal loss, gravidity and pregnancy order. *Early Human Development*, Vol.2(2):131-138.
- Savage, M. (2012). Class, culture and politics. En E. Armenta, K. Nash, y A. Scott, *The Wiley-Blackwell Companion to Political Sociology* (págs. 294-304). New York: Wiley Online Library. doi:10.1002/9781444355093
- Sobotka, T., Skirberkk, V., y Philipov, D. (2011). *Economic recession and fertility in the developed world*. Obtenido de Population and development review 37(2):267-306: <http://www.jstor.org/stable/23043283>
- Spong, C. (2011). *Stillbirth: prediction, prevention and management*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

- Stein, E., Gennuso, K., Ugboagi, D., y Remington, P. (2017). The epidemic of despair among white Americans: Trends in the leading causes of premature deaths, 1999-2015. *American Journal of Public Health*, 107: 1541-1546.
- Testa, M. (2006). Childbearing preferences and family issues in Europe. *Vienna Institute of Demography*.
- Tommasi, M., Edo, M., y Thailinger, A. (2023). Familia y desarrollo humano en el siglo XXI. Revisión de la literatura internacional y apuntes para el caso argentino. *Desarrollo económico. Revista de Ciencias sociales*, V62 (238): 84-112.
- Torrado, S. (2007). Introducción. En S. Torrado, *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX* (págs. Tomo 1: 15-20). Buenos Aires: Edhasa.
- Vallée, J. (2017). The discourse of place. *Social Science and Medicine*, 194:177-181.
- Van de Kaa, D. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, 42:1.
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO for Europe.
- WHO and UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. (2008). *Progress on drinking water and sanitation*. New York: UNICEF and WHO.
- Wilson, W. (1987). *The Truly Disadvantaged: the inner city, the underclass, and public policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.
Obtenido de WHO:
www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- World Health Organization. (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth Revision. Vol 2*. Geneve, Switzerland: WHO.
- Wright, E. O. (1997). *Class Counts. Comparative studies in class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

TABLAS DEL ANEXO	TABLA
Número de nacidos vivos registrados según lugar de residencia de la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	3 bis
Número de nacidos vivos registrados según edad de la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	4 bis. A
Número de nacidos vivos registrados según región de residencia y edad de la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	4 bis. B
Número de nacidos vivos registrados según máximo nivel de instrucción alcanzado por la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	5 bis. A
Número de nacidos vivos registrados según región de residencia y máximo nivel de instrucción alcanzado por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	5 bis. B
Número de nacidos vivos registrados según local de ocurrencia del parto por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	6 bis. A
Número de nacidos vivos registrados según región de residencia de la madre y local de ocurrencia del parto por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	6 bis. B
Número de nacidos vivos registrados según número de orden del nacido vivo por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	7 bis. A
Número de nacidos vivos registrados según región de residencia y número de orden del nacido vivo por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	7 bis. B
Número de nacidos vivos registrados según nivel de instrucción y lugar de ocurrencia. República Argentina. Años 2012-2020.	8 bis.
Número de nacidos vivos registrados según edad de la madre y orden de nacido vivo. República Argentina. Años 2012-2020.	9 bis.
Número de nacidos vivos registrados según región de residencia, edad de la madre y local de ocurrencia del nacimiento por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	10
Número de nacidos vivos registrados según región de residencia, edad de la madre y nivel de instrucción por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.	11

Tabla 3 bis. Número de nacidos vivos registrados según lugar de residencia de la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Región	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Centro	1.404.746	1.344.728	1.112.534	3.862.008
Cuyo	190.634	184.345	153.149	528.128
Noroeste	242.146	241.800	207.048	690.994
Noreste	242.628	245.294	220.278	708.200
Patagonia	143.405	140.518	114.027	397.950
Otro país/ Sin esp.	46.374	45.999	37.098	129.471
Total	2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Tabla 4 bis.

Cuadro A. Número de nacidos vivos registrados según edad de la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Edad Madre	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Menor de 20	348.630	305.102	212.119	865.851
De 20 a 34	1.546.539	1.495.684	1.265.443	4.307.666
De 35 y más	348.141	368.030	333.758	1.049.929
Sin especificar	26.623	33.868	32.814	93.305
Total	2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Cuadro B. Número de nacidos vivos registrados según región de residencia y edad de la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

		Trienio			
Región	Edad Madre	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Centro	Menor de 20	184.966	158.279	110.366	453.611
	De 20 a 34	961.456	910.879	750.760	2.623.095
	De 35 y más	238.193	248.077	221.480	707.750
	Sin especificar	20.131	27.493	29.928	77.552
Subtotal Centro		1.404.746	1.344.728	1.112.534	3.862.008
Cuyo	Menor de 20	31.165	26.009	16.908	74.082
	De 20 a 34	133.060	130.132	110.982	374.174
	De 35 y más	26.197	28.000	25.214	79.411
	Sin especificar	212	204	45	461
Subtotal Cuyo		190.634	184.345	153.149	528.128
Noroeste	Menor de 20	47.115	43.955	30.621	121.691
	De 20 a 34	161.888	162.909	144.107	468.904
	De 35 y más	31.437	34.040	32.202	97.679
	Sin especificar	1.706	896	118	2.720
Subtotal Noroeste		242.146	241.800	207.048	690.994
Noreste	Menor de 20	55.513	51.755	38.972	146.240
	De 20 a 34	158.414	163.217	152.746	474.377
	De 35 y más	26.201	28.705	28.241	83.147
	Sin especificar	2.500	1.617	319	4.436
Subtotal Noreste		242.628	245.294	220.278	708.200
Patagonia	Menor de 20	21.316	17.781	10.649	49.746
	De 20 a 34	101.715	99.987	82.826	284.528
	De 35 y más	19.821	22.240	20.481	62.542
	Sin especificar	553	510	71	1.134
Subtotal Patagonia		143.405	140.518	114.027	397.950
Otro país/ Sin esp.	Menor de 20	8.555	7.323	4.603	20.481
	De 20 a 34	30.006	28.560	24.022	82.588
	De 35 y más	6.292	6.968	6.140	19.400
	Sin especificar	1.521	3.148	2.333	7.002
Subtotal Otro Pais /Sin esp.		46.374	45.999	37.098	129.471
Total		2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Tabla 5 bis.

Cuadro A Número de nacidos vivos registrados según máximo nivel de instrucción alcanzado por la madre por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Nivel Instrucción	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Hasta Primaria/C.EGB Completa	626.008	494.723	321.050	1.441.781
Secundaria/Polimodal Incompleta	498.200	512.868	435.772	1.446.840
Secundaria/Polimodal Completa y más	1.055.045	1.091.714	957.757	3.104.516
Sin especificar	90.680	103.379	129.555	323.614
Total	2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Cuadro B. Número de nacidos vivos registrados según región de residencia y máximo nivel de instrucción alcanzado por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

		Trienio			
Región	Nivel Instrucción	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Centro	Hasta Primaria/C.EGB Completa	363.576	283.737	170.251	817.564
	Secundaria/Polimodal Incompleta	301.036	304.897	253.061	858.994
	Secundaria/Polimodal Completa y más	683.841	689.695	595.121	1.968.657
	Sin especificar	56.293	66.399	94.101	216.793
Subtotal Centro		1.404.746	1.344.728	1.112.534	3.862.008
Cuyo	Hasta Primaria/C.EGB Completa	54.623	37.406	23.063	115.092
	Secundaria/Polimodal Incompleta	44.626	50.329	43.246	138.201
	Secundaria/Polimodal Completa y más	88.949	95.471	85.452	269.872
	Sin especificar	2.436	1.139	1.388	4.963
Subtotal Cuyo		190.634	184.345	153.149	528.128
Noroeste	Hasta Primaria/C.EGB Completa	79.791	66.688	51.509	197.988
	Secundaria/Polimodal Incompleta	48.794	55.004	45.409	149.207
	Secundaria/Polimodal Completa y más	111.844	118.953	108.473	339.270
	Sin especificar	1.717	1.155	1.657	4.529
Subtotal Noroeste		242.146	241.800	207.048	690.994
Noreste	Hasta Primaria/C.EGB Completa	92.154	79.506	59.590	231.250
	Secundaria/Polimodal Incompleta	50.390	53.175	55.439	159.004
	Secundaria/Polimodal Completa y más	76.143	86.766	80.854	243.763
	Sin especificar	23.941	25.847	24.395	74.183
Subtotal Noreste		242.628	245.294	220.278	708.200
Patagonia	Hasta Primaria/C.EGB Completa	27.094	20.855	12.276	60.225
	Secundaria/Polimodal Incompleta	41.371	39.224	30.622	111.217

	Secundaria/Polimodal Completa y más	72.507	76.442	66.560	215.509
	Sin especificar	2.433	3.997	4.569	10.999
Subtotal Patagonia		143.405	140.518	114.027	397.950
Otro país/ Sin esp.	Hasta Primaria/C.EGB Completa	8.770	6.531	4.361	19.662
	Secundaria/Polimodal Incompleta	11.983	10.239	7.995	30.217
	Secundaria/Polimodal Completa y más	21.761	24.387	21.297	67.445
	Sin especificar	3.860	4.842	3.445	12.147
Subtotal Otro país/ Sin esp.		46.374	45.999	37.098	129.471
Total		2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Tabla 6 bis

Cuadro A. Número de nacidos vivos registrados según local de ocurrencia del parto por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

	Trienio			
Lugar Ocurrencia	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Est. Público	1.308.141	1.261.489	1.085.092	3.654.722
Otro lugar	953.512	923.222	749.799	2.626.533
Sin Especificar	8.280	17.973	9.243	35.496
Total	2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Cuadro B. Número de nacidos vivos registrados según región de residencia de la madre y local de ocurrencia del parto por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

Región	Lugar Ocurrencia	Trienio			
		2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Centro	Est. Público	787.492	729.904	613.876	2.131.272
	Otro lugar	609.216	597.174	489.894	1.696.284
	Sin Especificar	8.038	17.650	8.764	34.452
Subtotal Centro		1.404.746	729.904	1.112.534	3.862.008
Cuyo	Est. Público	98.810	101.048	85.428	285.286
	Otro lugar	91.806	83.229	67.690	242.725

	Sin Especificar	18	68	31	117
Subtotal Cuyo		190.634	184.345	153.149	528.128
Noroeste	Est. Público	156.427	159.316	142.941	458.684
	Otro lugar	85.706	82.447	64.019	232.172
	Sin Especificar	13	37	88	138
Subtotal Noroeste		242.146	241.800	207.048	690.994
Noreste	Est. Público	156.578	161.356	151.815	469.749
	Otro lugar	85.860	83.887	68.413	238.160
	Sin Especificar	190	51	50	291
Subtotal Noreste		242.628	245.294	220.278	708.200
Patagonia	Est. Público	77.414	79.980	65.104	222.498
	Otro lugar	65.988	60.527	48.918	175.433
	Sin Especificar	3	11	5	19
Subtotal Patagonia		143.405	140.518	114.027	397.950
Otro país/ Sin esp.	Est. Público	31.420	29.885	25.928	87.233
	Otro lugar	14.936	15.958	10.865	41.759
	Sin Especificar	18	156	305	479
Subtotal Otro país/ Sin esp.		46.374	45.999	37.098	129.471
Total		2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Tabla 7 bis.

Cuadro A. Número de nacidos vivos registrados según número de orden del nacido vivo por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

Orden de Nacido Vivo	Trienio			
	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
1	914.630	859.276	709.123	2.483.029
2	675.118	678.320	563.595	1.917.033
3	340.593	349.050	302.531	992.174
4	153.278	149.174	128.058	430.510
5	70.454	64.533	54.262	189.249
6	77.176	63.310	48.869	189.355
Sin especificar	38.684	39.021	37.696	115.401
Total	2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Cuadro B. Número de orden de nacidos vivos registrados según región de residencia y número de orden del nacido vivo por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

Región	Orden de Nacido Vivo	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Centro	1	571.670	522.238	430.702	1.524.610
	2	435.440	427.563	344.321	1.207.324
	3	209.450	210.421	177.475	597.346
	4	90.158	86.833	73.360	250.351
	5	39.071	36.089	29.958	105.118
	6	38.588	31.918	24.810	95.316
	Sin especificar	20.369	29.666	31.908	81.943
Subtotal Centro		1.404.746	1.344.728	1.112.534	3.862.008
Cuyo	1	74.445	70.010	57.244	201.699
	2	56.660	56.887	48.336	161.883
	3	31.237	31.998	27.439	90.674
	4	14.677	13.724	11.208	39.609
	5	6.591	5.827	4.684	17.102
	6	6.805	5.496	4.132	16.433
	Sin especificar	219	403	106	728
Subtotal Cuyo		190.634	184.345	153.149	528.128
Noroeste	1	94.544	92.886	77.997	265.427

	2	66.969	69.846	61.076	197.891
	3	37.986	39.907	36.011	113.904
	4	18.733	18.755	16.372	53.860
	5	9.591	8.851	7.388	25.830
	6	12.610	10.159	7.568	30.337
	Sin especificar	1.713	1.396	636	3.745
Subtotal Noroeste		242.146	241.800	207.048	690.994
Noreste	1	99.154	102.517	85.929	287.600
	2	62.050	65.715	61.240	189.005
	3	33.904	35.987	35.515	105.406
	4	17.777	17.670	17.006	52.453
	5	10.031	9.080	8.508	27.619
	6	14.694	12.125	9.882	36.701
	Sin especificar	5.018	2.200	2.198	9.416
Subtotal Noreste		242.628	245.294	220.278	708.200
Patagonia	1	56.501	54.328	42.864	153.693
	2	42.087	45.992	38.015	126.094
	3	21.437	24.321	20.294	66.052
	4	8.868	9.362	7.680	25.910
	5	3.615	3.459	2.712	9.786
	6	2.850	2.451	1.754	7.055
	Sin especificar	8.047	605	708	9.360
Subtotal Patagonia		143.405	140.518	114.027	397.950
Otro país/ Sin esp.	1	18.316	17.297	14.387	50.000
	2	11.912	12.317	10.607	34.836
	3	6.579	6.416	5.797	18.792
	4	3.065	2.830	2.432	8.327
	5	1.555	1.227	1.012	3.794
	6	1.629	1.161	723	3.513
	Sin especificar	3.318	4.751	2.140	10.209
Subtotal Otro país/ Sin esp.		46.374	45.999	37.098	129.471
Total		2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Tabla 8 bis. Número de nacidos vivos registrados según nivel de instrucción y lugar de ocurrencia. República Argentina. Años 2012-2020.

Nivel Instrucción	Lugar Ocurrencia	Trienio			Total trienios
		2012-14	2015-17	2018-20	
Hasta Primaria / C. EGB Completa	Establecimiento Público	516.815	409.220	271.391	1.197.426
	Otro lugar	108.395	82.200	48.737	239.332
	Total	625.210	491.420	320.128	1.436.758
Secundaria/Polimodal Incompleta	Establecimiento Público	351.866	380.540	344.896	1.077.302
	Otro lugar	145.551	128.567	89.491	363.609
	Total	497.417	509.107	434.387	1.440.911
Secundaria/Polimodal Completa y más	Establecimiento Público	376.922	392.546	386.475	1.155.943
	Otro lugar	676.053	690.083	566.540	1.932.676
	Total	1.052.975	1.082.629	953.015	3.088.619

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Tabla 9 bis. Número de nacidos vivos registrados según edad de la madre y orden de nacido vivo. República Argentina. Años 2012-2020.

		Trienio		
Edad Madre	Orden de Nacido Vivo	2012-14	2015-17	2018-20
Menor de 20	1	278.765	239.583	171.972
	2	57.664	54.235	33.743
	3	7.631	7.145	4.008
	4 y mas	968	1.098	541
		345.028	302.061	210.264
20 a 34	1	566.007	539.780	450.327
	2	513.833	506.405	423.412
	3	257.582	258.945	224.419
	4 y mas	209.117	190.554	167.285
		1.546.539	1.495.684	1.265.443
35 y más	1	62.823	71.168	69.168
	2	100.078	111.520	100.388
	3	73.695	79.854	70.974
	4 y mas	107.511	100.317	82.959
		344.107	362.859	323.489

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

Tabla 10. Número de nacidos vivos registrados según región de residencia, edad de la madre y local de ocurrencia del nacimiento por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

			Trienio			
Región	Edad Madre	Lugar de Ocurrencia	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Centro	Menor de 20	Est. Público	143.005	123.156	88.806	354.967
		Otro lugar	41.541	33.410	20.957	95.908
		Sin Especificar	420	1.713	603	2.736
	Total Menor de 20		184.966	158.279	110.366	453.611
	De 20 a 34	Est. Público	539.713	502.475	430.059	1.472.247
		Otro lugar	419.176	397.810	315.481	1.132.467
		Sin Especificar	2.567	10.594	5.220	18.381
	Total de 20 a 34		961.456	910.879	750.760	2.623.095
	De 35 y más	Est. Público	93.323	86.116	74.764	254.203
		Otro lugar	144.165	159.252	145.006	448.423
		Sin Especificar	705	2.709	1.710	5.124
	Total de 35 y más		238.193	248.077	221.480	707.750
	Sin especificar	Est. Público	11.451	18.157	20.247	49.855
		Otro lugar	4.334	6.702	8.450	19.486
		Sin Especificar	4.346	2.634	1.231	8.211
	Total Sin especificar		20.131	27.493	29.928	77.552
Total Centro			1.404.746	1.344.728	1.112.534	3.862.008
Cuyo	Menor de 20	Est. Público	21.361	18.964	12.421	52.746
		Otro lugar	9.804	7.044	4.487	21.335
		Sin Especificar		1		1
	Total Menor de 20		31.165	26.009	16.908	74.082
	De 20 a 34	Est. Público	67.975	71.711	63.658	203.344
		Otro lugar	65.084	58.410	47.319	170.813
		Sin Especificar	1	11	5	17
	Total de 20 a 34		133.060	130.132	110.982	374.174
	De 35 y más	Est. Público	9.373	10.308	9.338	29.019
		Otro lugar	16.821	17.690	15.873	50.384

		Sin Especificar	3	2	3	8
	Total de 35 y más		26.197	28.000	25.214	79.411
	Sin especificar	Est. Público	101	65	11	177
		Otro lugar	97	85	11	193
		Sin Especificar	14	54	23	91
	Total Sin especificar		212	204	45	461
Total Cuyo			190.634	184.345	153.149	528.128
Noroeste	Menor de 20	Est. Público	36.774	35.140	25.147	97.061
		Otro lugar	10.340	8.810	5.467	24.617
		Sin Especificar	1	5	7	13
	Total Menor de 20		47.115	43.955	30.621	121.691
	De 20 a 34	Est. Público	103.183	107.349	101.267	311.799
		Otro lugar	58.695	55.539	42.789	157.023
		Sin Especificar	10	21	51	82
	Total de 20 a 34		161.888	162.909	144.107	468.904
	De 35 y más	Est. Público	15.281	16.198	16.455	47.934
		Otro lugar	16.156	17.832	15.740	49.728
		Sin Especificar		10	7	17
	Total de 35 y más		31.437	34.040	32.202	97.679
	Sin especificar	Est. Público	1.189	629	72	1.890
		Otro lugar	515	266	23	804
		Sin Especificar	2	1	23	26
	Total Sin especificar		1.706	896	118	2.720
Total Noroeste			242.146	241.800	207.048	690.994
Noreste	Menor de 20	Est. Público	44.124	42.499	33.483	120.106
		Otro lugar	11.372	9.252	5.481	26.105
		Sin Especificar	17	4	8	29
	Total Menor de 20		55.513	51.755	38.972	146.240
	De 20 a 34	Est. Público	97.409	103.025	103.207	303.641
		Otro lugar	60.967	60.173	49.517	170.657
		Sin Especificar	38	19	22	79
	Total de 20 a 34		158.414	163.217	152.746	474.377
	De 35 y más	Est. Público	13.462	14.639	14.971	43.072

		Otro lugar	12.735	14.061	13.261	40.057
		Sin Especificar	4	5	9	18
	Total De 35 y más		26.201	28.705	28.241	83.147
	Sin especificar	Est. Público	1.583	1.193	154	2.930
		Otro lugar	786	401	154	1.341
		Sin Especificar	131	23	11	165
	Total Sin especificar		2.500	1.617	319	4.436
Total Noreste			242.628	245.294	220.278	708.200
Patagonia	Menor de 20	Est Público	14.870	13.096	7.986	35.952
		Otro lugar	6.446	4.685	2.663	13.794
	Total Menor de 20		21.316	17.781	10.649	49.746
	De 20 a 34	Est. Público	54.422	57.173	48.667	160.262
		Otro lugar	47.293	42.807	34.154	124.254
		Sin Especificar		7	5	12
	Total De 20 a 34		101.715	99.987	82.826	284.528
	De 35 y más	Est. Público	7.863	9.556	8.411	25.830
		Otro lugar	11.958	12.681	12.070	36.709
		Sin Especificar		3		3
	Total De 35 y más		19.821	22.240	20.481	62.542
	Sin especificar	Est. Público	259	155	40	454
		Otro lugar	291	354	31	676
		Sin Especificar	3	1		4
	Total Sin especificar		553	510	71	1.134
Total Patagonia			143.405	140.518	114.027	397.950
Otro pais/ Sin esp.	Menor de 20	Est. Público	6.785	5.837	3.974	16.596
		Otro lugar	1.770	1.484	616	3.870
		Sin Especificar		2	13	15
	Total Menor de 20		8.555	7.323	4.603	20.481
	De 20 a 34	Est. Público	20.528	18.976	17.354	56.858
		Otro lugar	9.478	9.567	6.601	25.646
		Sin Especificar		17	67	84
	Total De 20 a 34		30.006	28.560	24.022	82.588
	De 35 y más	Est. Público	3.265	3.216	3.158	9.639

		Otro lugar	3.027	3.748	2.970	9.745
		Sin Especificar		4	12	16
	Total De 35 y más		6.292	6.968	6.140	19.400
	Sin especificar	Est. Público	842	1.856	1.442	4.140
		Otro lugar	661	1.159	678	2.498
		Sin Especificar	18	133	213	364
	Total Sin especificar		1.521	3.148	2.333	7.002
	Total Otro país/ Sin esp.		46.374	45.999	37.098	129.471
Suma total			2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

*Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.
Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.*

Tabla 11. Número de nacidos vivos registrados según región de residencia, edad de la madre y nivel de instrucción por trienio de registro. República Argentina. Años 2012-2020.

			Trienio			
Región	Edad Madre	Nivel de Instrucción	2012-14	2015-17	2018-20	Total trienios
Centro	Menor de 20	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	64.655	43.500	21.535	129.690
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	83.842	80.888	60.137	224.867
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	29.457	25.655	20.884	75.996
		Sin especificar	7.012	8.236	7.810	23.058
	Subtotal Menor de 20		184.966	158.279	110.366	453.611
	De 20 a 34	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	243.584	190.354	115.131	549.069
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	187.842	190.528	164.256	542.626
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	498.855	491.339	416.432	1.406.626

		Sin especificar	31.175	38.658	54.941	124.774
	Subtotal de 20 a 34		961.456	910.879	750.760	2.623.095
	De 35 y más	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	53.005	45.571	30.441	129.017
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	27.404	29.089	24.490	80.983
		Secundario/ Polimodal Completa y más	150.638	164.823	148.759	464.220
		Sin especificar	7.146	8.594	17.790	33.530
	Subtotal de 35 y más		238.193	248.077	221.480	707.750
	Sin especificar	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	2.332	4.312	3.144	9.788
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	1.948	4.392	4.178	10.518
		Secundario/ Polimodal Completa y más	4.891	7.878	9.046	21.815
		Sin especificar	10.960	10.911	13.560	35.431
	Subtotal Sin especificar		20.131	27.493	29.928	77.552
Subtotal Centro			1.404.746	1.344.728	1.112.534	3.862.008
Cuyo	Menor de 20	Hasta Primaria/	11.596	6.418	2.790	20.804

		C.EGB Completa				
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	14.286	14.970	10.733	39.989
		3. Secundaria/ Polimodal Completa y más	5.014	4.512	3.289	12.815
		4. Sin especificar	269	109	96	474
	Subtotal Menor de 20		31.165	26.009	16.908	74.082
	De 20 a 34	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	35.821	25.072	16.041	76.934
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	26.914	31.279	28.882	87.075
		Secundria/ Polimodal Completa y más	68.688	73.050	65.092	206.830
		Sin especificar	1.637	731	967	3.335
	Subtotal de 20 a 34		133.060	130.132	110.982	374.174
	De 35 y más	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	7.160	5.890	4.228	17.278
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	3.404	4.062	3.630	11.096
		Secundaria/ Polimodal	15.215	17.844	17.059	50.118

		Completa y más				
		Sin especificar	418	204	297	919
	Subtotal 35 y más		26.197	28.000	25.214	79.411
	Sin especificar	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	46	26	4	76
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	22	18	1	41
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	32	65	12	109
		Sin especificar	112	95	28	235
	Subtotal sinespecificar		212	204	45	461
	Subtotal Cuyo		190.634	184.345	153.149	528.128
	Noroeste	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	18.020	14.183	8.932	41.135
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	18.392	20.893	15.257	54.542
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	10.253	8.672	6.196	25.121
		Sin especificar	450	207	236	893
		Subtotal Menor de 20	47.115	43.955	30.621	121.691

	2. De 20 a 34	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	50.512	42.206	34.015	126.733
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	26.337	29.912	26.441	82.690
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	84.009	90.024	82.518	256.551
		Sin especificar	1.030	767	1.133	2.930
	Total 2. De 20 a 34		161.888	162.909	144.107	468.904
	De 35 y más	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	10.633	9.906	8.543	29.082
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	3.476	3.919	3.696	11.091
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	17.186	20.051	19.723	56.960
		Sin especificar	142	164	240	546
	Subtotal de 35 y más		31.437	34.040	32.202	97.679
	Sin especificar	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	626	393	19	1.038
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	589	280	15	884
		Secundaria/ Polimodal	396	206	36	638

		Completa y más				
		Sin especificar	95	17	48	160
	Subtotal sin especificar		1.706	896	118	2.720
Subtotal Noroeste			242.146	241.800	207.048	690.994
Noreste	Menor de 20	. Hasta Primaria/ C.EGB Completa	24.248	19.149	11.858	55.255
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	20.021	20.937	17.201	58.159
		Secundario/ Polimodal Completa y más	6.358	6.884	5.610	18.852
		Sin especificar	4.886	4.785	4.303	13.974
	Subtotal Menor de 20		55.513	51.755	38.972	146.240
	De 20 a 34	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	56.882	49.975	39.277	146.134
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	27.474	29.135	33.963	90.572
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	59.482	67.339	62.632	189.453
		Sin especificar	14.576	16.768	16.874	48.218
	Subtotal de 20 a 34		158.414	163.217	152.746	474.377

	De 35 y más	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	10.803	10.266	8.394	29.463
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	2.834	3.074	4.233	10.141
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	10.179	12.472	12.526	35.177
		Sin especificar	2.385	2.893	3.088	8.366
	Subtotal de 35 y más		26.201	28.705	28.241	83.147
	Sin especificar	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	221	116	61	398
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	61	29	42	132
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	124	71	86	281
		Sin especificar	2.094	1.401	130	3.625
	Subtotal Sin especificar		2.500	1.617	319	4.436
	Subtotal Noreste		242.628	245.294	220.278	708.200
	. Patagonia	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	5.499	3.395	1.407	10.301
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	12.603	11.110	6.764	30.477

		Secundaria/ Polimodal Completa y más	2.944	2.818	1.978	7.740
		Sin especificar	270	458	500	1.228
	Subtotal Menor de 20		21.316	17.781	10.649	49.746
	De 20 a 34	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	17.680	14.010	8.602	40.292
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	25.716	24.929	20.988	71.633
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	56.609	58.333	49.867	164.809
		Sin especificar	1.710	2.715	3.369	7.794
	Subtotal de 20 a 34		101.715	99.987	82.826	284.528
	De 35 y más	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	3.748	3.306	2.259	9.313
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	2.984	3.166	2.867	9.017
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	12.798	15.257	14.701	42.756
		Sin especificar	291	511	654	1.456
	Total 3. De 35 y más		19.821	22.240	20.481	62.542

	Sin especificar	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	167	144	8	319
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	68	19	3	90
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	156	34	14	204
		Sin especificar	162	313	46	521
	Total 4. Sin especificar		553	510	71	1.134
Subtotal Patagonia			143.405	140.518	114.027	397.950
Otro país/ Sin esp.	Menor de 20	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	1.525	1.098	544	3.167
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	5.007	4.244	2.945	12.196
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	1.546	1.668	983	4.197
		Sin especificar	477	313	131	921
	Subtotal Menor de 20		8.555	7.323	4.603	20.481
	De 20 a 34	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	5.553	3.986	2.746	12.285
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	6.060	5.166	4.347	15.573

		Secundaria/ Polimodal Completa y más	16.761	18.194	16.004	50.959
		Sin especificar	1.632	1.214	925	3.771
	Subtotal de 20 a 34		30.006	28.560	24.022	82.588
	De 35 y más	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	1.683	1.404	1.002	4.089
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	912	819	678	2.409
		Secundario/ Polimodal Completa y más	3.435	4.489	4.217	12.141
		Sin especificar	262	256	243	761
	Subtotal de 35 y más		6.292	6.968	6.140	19.400
	Sin especificar	Hasta Primaria/ C.EGB Completa	9	43	69	121
		Secundaria/ Polimodal Incompleta	4	10	25	39
		Secundaria/ Polimodal Completa y más	19	36	93	148
		Sin especificar	1.489	3.059	2.146	6.694
	Subtotal Sin especificar		1.521	3.148	2.333	7.002

Subtotal.Otr o país/ Sin esp.			46.374	45.999	37.098	129.471
<i>Total</i>			2.269.933	2.202.684	1.844.134	6.316.751

Nota: en total se incluyen otros y sin especificar.

Fuente: elaboración propia en base a datos DEIS.

