

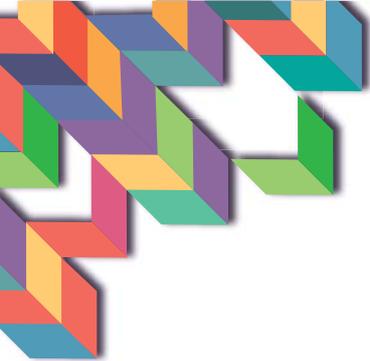


EMBARAZO Y MATERNIDAD EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

HALLAZGOS Y DESAFÍOS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

ARGENTINA - JUNIO 2017





Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años.

Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina. 2017

Informe realizado en base a investigaciones llevadas a cabo con apoyo de UNICEF Argentina: Binstock, G. (CONICET/CENEP) y Gogna, M. (CONICET/I-IEGE) *“Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años”*; Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación *“Análisis de los sistemas locales de salud, desarrollo social, justicia, educación y policía en el abordaje a niñas y adolescentes que hayan tenido un parto o una cesárea antes de los 15 años en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero”*, y Pantelides, E. (CENEP), Fernández, MdA. (DEIS-MSAL), Manzelli, H. (CENEP) y Santoro, A. (DEIS-MSAL) *“Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina”*.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Primera edición, junio de 2017

Compilación y Redacción:

Inés Ibarlucía y Ana Inés Kukurutz

Dirección de contenidos:

Fernando Zingman, especialista en Salud, UNICEF

Revisión:

Julia Anciola, Área Salud, UNICEF

Cecilia Litichever, Área Salud, UNICEF

Julian Govea Bach, Área Salud, UNICEF

Edición:

Laura Efron

Diseño:

Lorena Blázquez

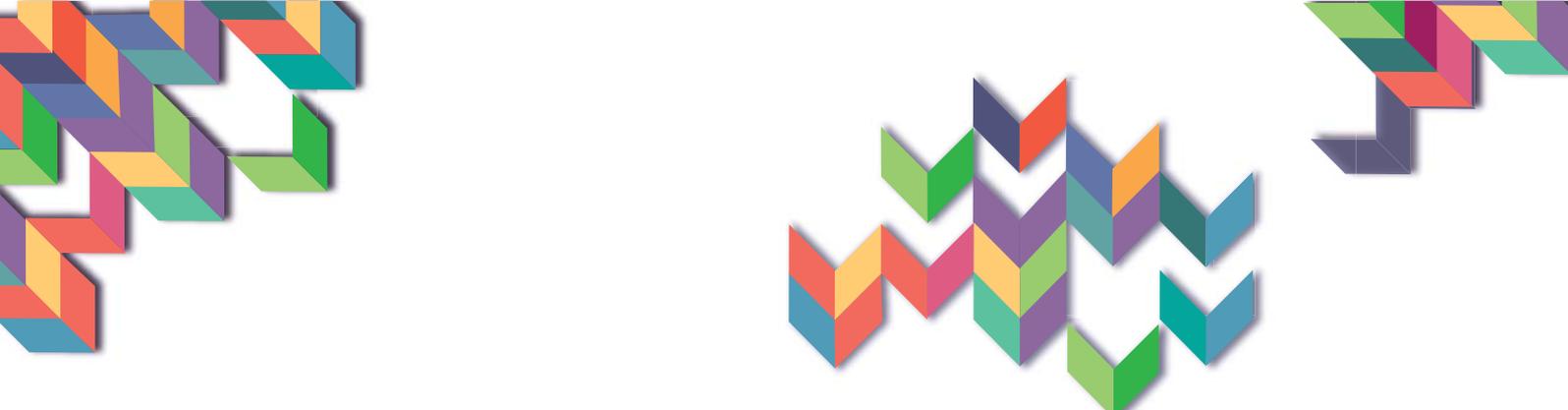


FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

buenosaires@unicef.org



www.unicef.org.ar



Embarazo y maternidad en adolescentes menores de 15 años

Hallazgos y desafíos para las políticas públicas

Este informe está elaborado en base a tres investigaciones, que contaron con el apoyo de UNICEF Argentina, que se propusieron caracterizar la situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años en nuestro país⁽¹⁾. Esta caracterización se realizó a partir de un abordaje cuantitativo y cualitativo y persiguiendo un objetivo doble. Por un lado, conocer las respuestas que brindan las instituciones y los profesionales que, por estar diariamente en contacto con adolescentes embarazadas, tienen la posibilidad de incidir en su

acceso a derechos y minimizar la repetición de estos eventos. Y, por otro lado, indagar sobre las experiencias de las adolescentes relatadas en primera persona.

A lo largo de estas páginas se caracteriza la fecundidad y la maternidad adolescentes, distinguiendo la que corresponde a adolescentes menores de 15 años de aquella que ocurre entre los 15 y los 19 años, a partir de información proveniente de los registros de estadísticas vitales y del último censo nacional de población.

(1) Se trata de: "Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años", cuyas autoras son Georgina Binstock (CONICET/CENEP) y Mónica Gogna (CONICET/IEGE); "Análisis de los sistemas locales de salud, desarrollo social, justicia, educación y policía en el abordaje a niñas y adolescentes que hayan tenido un parto o una cesárea antes de los 15 años en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero", llevado a cabo desde el Ministerio de Salud de Nación, por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR); y "Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina" realizado por Edith Pantelides (CENEP), María de las Mercedes Fernández (DEIS-MSAL), Hernán Manzelli (CENEP) y Adrián Santoro (DEIS-MSAL).

Fecundidad adolescente

Contexto nacional y comparación internacional

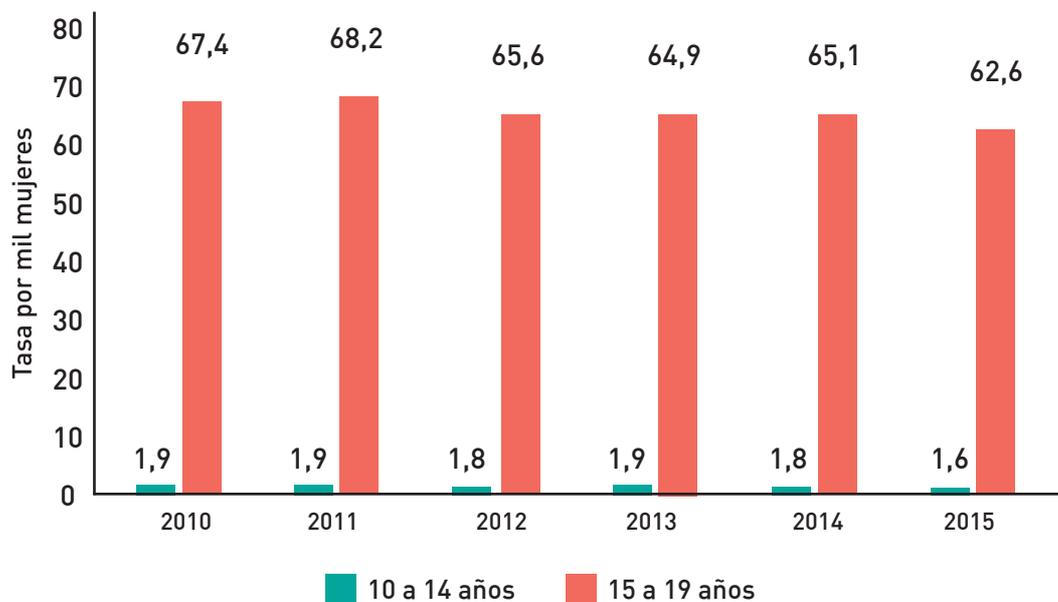
Una de las características que distingue a Argentina, al igual que al resto de los países vecinos de la región, es que el nivel de fecundidad adolescente no se condice ni con los niveles de fecundidad general, ni con el nivel de desarrollo del país.

En 2015, las tasas de fecundidad adolescente, para menores de 15 años y entre los 15 y 19 años, presentaron valores inferiores a las de los años precedentes, registrando los niveles más bajos en

lo que va de la presente década (Gráfico 1). En detalle, la tasa de fecundidad para el grupo adolescente de mayor edad fue del 62,6 por mil y para el menor fue del 1,6 por mil.

Por ello, la tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 años ubica al país por debajo de la tasa promedio de América Latina, pero por encima de la de Chile y Uruguay y del promedio mundial (44,3 por mil).

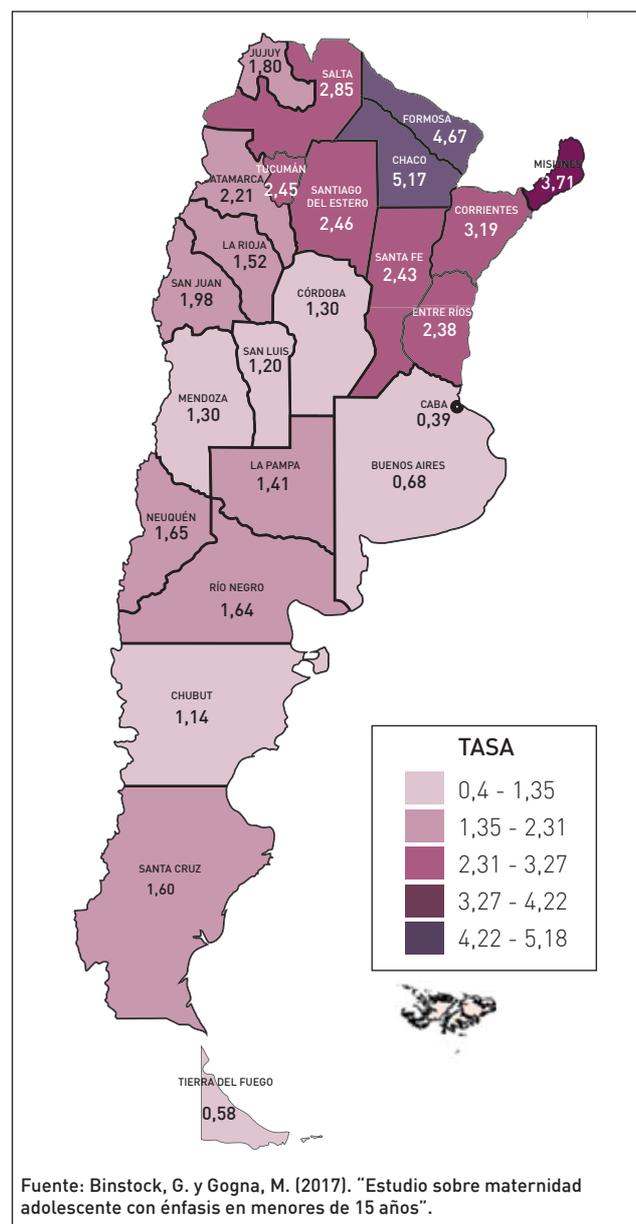
 **Gráfico 1. Tasas de fecundidad adolescente, 10 a 14 y 15 a 19 años. Argentina, 2010-2015**



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Estadísticas Vitales.

Respecto al grupo de menor edad corresponde destacar que la falta de registro de la fecundidad en adolescentes de 14 años o menos en varios países dificulta su comparación regional. Aun así, un estudio previo sobre países del Cono Sur muestra que la proporción de nacimientos de madres de 14 años o menos en Argentina es similar a la de Chile y Uruguay y algo menor que la de Paraguay y Brasil (UNFPA, 2015). Esas cifras indican que en 2015 se registraron en el país 2.787 nacimientos de madres menores de 15 años sobre un total de 770.040 nacidos vivos. Esto significa que 3,6 nacimientos de cada 1.000 corresponden a una madre de 14 años o menos. Como se aprecia en el Mapa 1, el rango de la tasa de fecundidad de adolescentes menores de 15 años varía de un mínimo de 0,39 en CABA a un máximo de 5,18 en Chaco. Prácticamente la mitad del total de estos nacimientos se concentra en tres provincias: Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, debido a su peso poblacional sobre el conjunto nacional. Sin embargo, la maternidad adolescente adquiere una mayor incidencia en provincias del NEA y NOA, donde las tasas de fecundidad de este grupo etario resultan significativamente más elevadas que las del conjunto nacional. Los mayores valores se registran en Chaco, Formosa y Misiones.

 **Mapa 1. Tasa de fecundidad adolescente, 10 a 14 años, por jurisdicción. Argentina, 2015**





La tasa de **fecundidad adolescente** (15 a 19 años) argentina **es inferior** a la tasa promedio de **América Latina**, pero **superior** a la de **Chile y Uruguay** y a la del **promedio mundial** (44,3 por mil).



En 2015, en Argentina, hubo **2.787 nacimientos** de **madres menores de 15 años** sobre un total de **770.040 nacidos vivos**.

Así, **3,6 nacimientos de cada 1.000** corresponden a una **madre de 14 años o menos**.



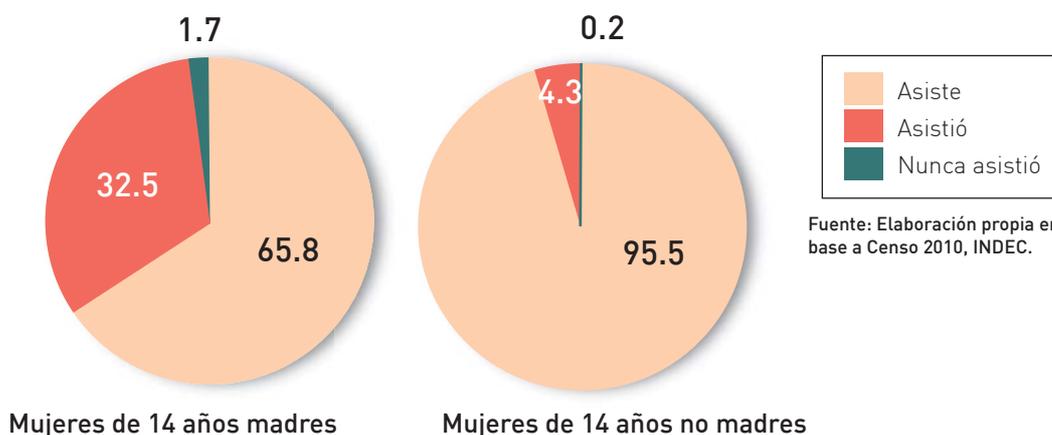
Las madres de 14 años

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2010 (en adelante, Censo 2010) –que indaga en la población femenina de 14 y más años si ha tenido hijos nacidos vivos– la proporción de adolescentes de 14 años que ha sido madre alcanza al 1,7%. Se trata de adolescentes que, en comparación con madres de mayor edad, provienen en mayor medida de hogares con algún indicador de NBI⁽²⁾.

Asimismo, es más probable que las madres de 14 años no hayan nacido en el país, residan en áreas rurales, hayan abandonado la educación formal y que, en su mayoría, no hayan concluido el nivel primario. Los hallazgos de estudios previos

recientes, si bien no están basados en datos representativos a nivel nacional, muestran que la mayoría de las adolescentes madres deja la escuela antes de la ocurrencia del embarazo (Binstock y Gogna, 2015). De hecho, estar fuera del sistema educativo duplica las probabilidades de ser madre en comparación con quienes asisten a la escuela (Binstock, 2016). Pero, por otra parte, quienes se encuentran asistiendo a la escuela al momento del embarazo abandonan con frecuencia a poco de enterarse de su estado, aun cuando reconocen que la escuela hace esfuerzos por facilitar su permanencia (Binstock y Gogna, 2015).

Gráfico 2. Mujeres de 14 años madres y no madres. Condición de asistencia escolar. Argentina, 2010



(2) Se consideran hogares con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación: hogares que habitan viviendas con más de 3 personas por cuarto (hacinamiento crítico); hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo); hogares que habitan en viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua; hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela; hogares que tienen 4 o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (solo asistió dos años o menos al nivel primario) (INDEC, 1998).

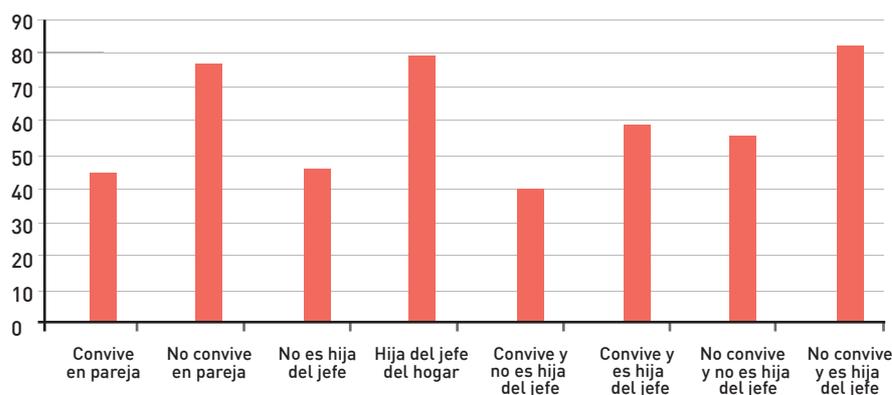
Cabe señalar que si bien los resultados en base a los datos censales son contundentes en relación a la desventaja educativa de las adolescentes madres, no permiten desentrañar el rol que juega la maternidad en dicha situación. Esto es, poder discernir si el embarazo y la maternidad precipitan el abandono escolar o si estar fuera del sistema educativo acelera la ocurrencia de un embarazo temprano. Esta información diagnóstica es esencial para el diseño de políticas públicas que vinculen acciones en el ámbito educativo y la prevención de embarazos tempranos, ya que una u otra situación requieren de aproximaciones diferentes para abordarlas.

Al respecto, los hallazgos cualitativos de una de las investigaciones en las que se basa este informe confirman que una parte considerable de las madres menores de 15 años ya estaban fuera de la escuela al momento de quedar embarazadas (Binstock y Gogna, 2017). Los motivos de este abandono se relacionan con la asunción de responsabilidades domésticas o de cuidado, la necesidad de trabajar para completar el ingreso del hogar o por involucrarse en uniones tempranas.

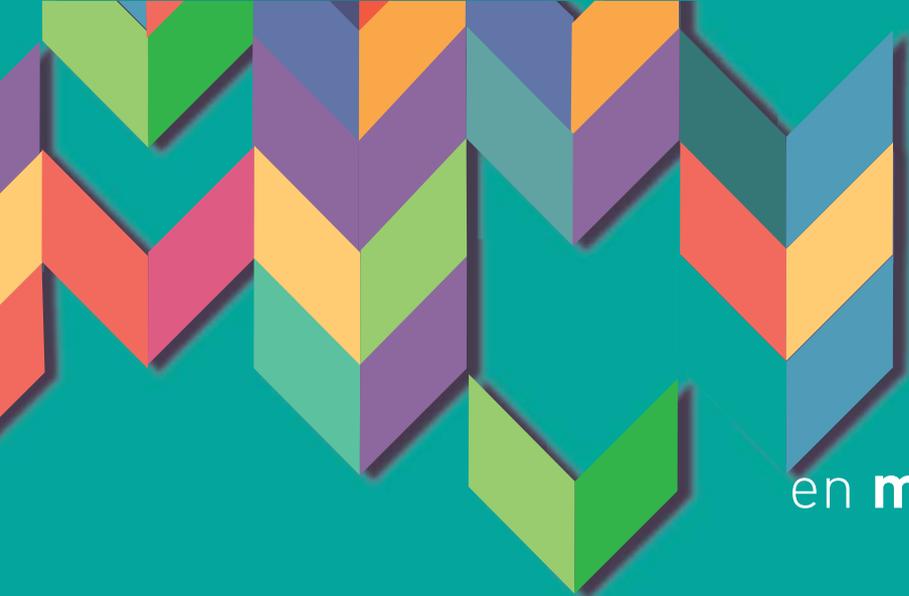
Entre quienes todavía estaban escolarizadas, la mayoría dejó de asistir al quedar embarazada. Sus testimonios revelan sentimientos de vergüenza y situaciones de discriminación. Aunque algunas relatan actitudes de acompañamiento y cuidado por parte de la escuela, también experimentan obstáculos a su continuidad escolar durante el embarazo/maternidad.

Una diferencia destacable en las condiciones de asistencia escolar entre las madres adolescentes se refiere al hecho de convivir en pareja y/o con la familia de origen. Como se observa en el Gráfico 3, las adolescentes que conviven con su pareja tienen una probabilidad menor de permanecer en la escuela, y la no convivencia promueve la continuidad. A su vez, la no convivencia y la permanencia en el hogar de la familia de origen promueven aún más la continuidad escolar de las adolescentes madres. La identificación de las adolescentes en situaciones que no propician la continuidad escolar es donde las políticas públicas tienen que apuntar con más vehemencia cuando se busca garantizar su educación.

Gráfico 3. Madres de 14 años. Porcentaje que asiste a la escuela según convivencia en pareja y posición en el hogar. Argentina, 2010



Fuente: Binstock, G. y Gogna, M. (2017) "Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años".



Las **madres de 14 años** provienen de **hogares con algún indicador de NBI** ⁽²⁾ en **mayor medida** que las madres de edad.



Según estudios recientes, **la mayoría** de las adolescentes madre **deja la escuela antes de la ocurrencia del embarazo.**

La **identificación** de las adolescentes en situaciones que **no propician la continuidad escolar** es donde las **políticas públicas** tienen que apuntar con **más vehemencia** cuando se busca garantizar **su educación.**





Los embarazos en menores de 15 años

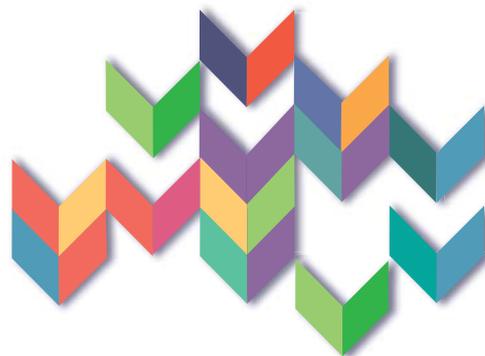
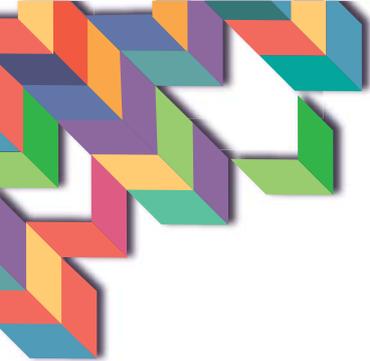
Los embarazos en adolescentes menores de 15 años son resultado o están asociados a un “entretizado” de factores: pobreza, uniones tempranas, exclusión/abandono de la escuela, violencia sexual, falta de educación sexual integral a edades tempranas y ausencia de servicios de salud accesibles y amigables, entre los principales.

En 2015 la mayoría de los nacimientos de madres menores de 15 años corresponde a las de 14 años (81%); el 19% restante tienen menos de esa edad. Si tenemos en cuenta el volumen se trata de 2.265 adolescentes de 14 años que dan a luz, 432 a los 13 años, 79 a los 12 y 11 a los 11 años (DEIS, 2015). Si bien no es posible conocer si estos embarazos son fruto o no de relaciones forzadas, es probable que se den en el marco de relaciones desiguales, donde medie algún tipo de abuso de poder o que

las adolescentes no tengan pleno conocimiento de a qué están consintiendo (Giusti y Pantelides, 1991), con todas las implicancias sociales y psicológicas que conlleva, y que se potencian aún más cuando dichas relaciones culminan en la ocurrencia de un embarazo y nacimiento.

Las indagaciones cualitativas permiten afirmar que una parte de los casos de embarazos precoces son producto de una violación⁽³⁾. Sin embargo, aún en casos de relaciones sexuales consentidas, se puede hablar de un “embarazo infantil forzado” (Chiarotti, 2016), es decir, embarazos no buscados (y que producen angustia y temor) que resultan del desconocimiento por parte de estas niñas de las consecuencias de la actividad sexual o cuando, conociéndolas, no pudieron hacer nada para prevenirlas.

(3) En el estudio cualitativo llevado a cabo por Binstock y Gogna (2017), dos de los veinte embarazos fueron producto de una violación y en dos casos se presentaron dudas debido a la reticencia de las entrevistadas a hablar sobre los padres de sus hijos y revelar su edad.



En la mayoría de los casos, los embarazos se producen en el contexto de uniones tempranas o relaciones cortas definidas como noviazgos por las adolescentes. Sin embargo, la mayoría dice que esos embarazos no fueron buscados⁽⁴⁾ sino resultado de relaciones sexuales desprotegidas.

Los motivos por los cuales las niñas tienen relaciones sexuales desprotegidas dan cuenta de su dificultad para tomar medidas para prevenir un embarazo y cuidar su salud: no esperaban tener relaciones sexuales; no creían que se podían embarazar; sus parejas se negaban a usar preservativo; habían dejado las pastillas “para hacer un descanso”. Al respecto, un hallazgo relevante que surge de una encuesta de UNICEF y CEDES (2016) a estudiantes del primer año del secundario (cuya edad teórica es entre 12 y 13 años) en algunas provincias del NOA revela que más de dos tercios de los y las que ya se habían iniciado sexualmente

tomaron cuidados en su última relación sexual, aunque persiste una minoría que no lo hizo argumentando lo imprevisto de la relación.

Además, la importante diferencia de edad entre la niña/adolescente y su pareja sexual, que se da en la mayoría de los casos, permite inferir una desigualdad de poder en la toma de decisiones respecto de la sexualidad, el cuidado anticonceptivo y el deseo de maternidad/paternidad, aun cuando se trate de relaciones consentidas.

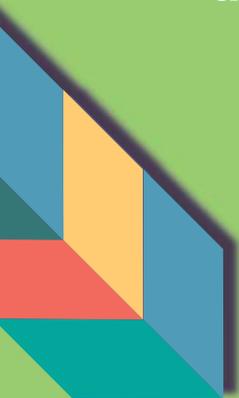
La falta de acceso a una educación sexual temprana e integral, las relaciones desiguales de poder entre los géneros, la falta de servicios de salud amigables, la imposibilidad de acceder a la interrupción legal del embarazo (en adelante, ILE) cuando así lo hubieran solicitado y la situación de pobreza en la que generalmente viven, exponen a estas niñas/adolescentes a un “embarazo infantil forzado” y a una maternidad temprana no buscada.

(4) Sólo dos de las veinte adolescentes entrevistadas por Binstock y Gogna (2017) indicaron que sus embarazos fueron buscados.

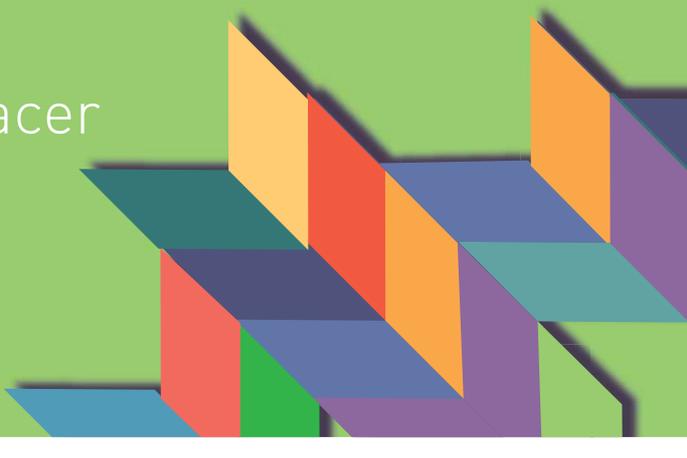


En 2015, el **81%**
de **los nacimientos**
de **madres menores**
de **15 años**
corresponde
a las de **14 años.**

Las **indagaciones cualitativas** permiten
afirmar que una parte de los casos de
embarazos precoces son producto de
una violación.



El “**embarazo infantil forzado**”(Chiarotti,
2016) **no es buscado**, produce **angustia y**
temor y resulta del **desconocimiento** por
parte de **estas niñas** de las consecuencias de la
actividad sexual o cuando,
conociéndolas, no pueden hacer
nada para prevenirlas.





Coerción, violencia y abuso sexual

El peso del abuso sexual como causa del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años es un dato desconocido y no existen registros que puedan brindar una aproximación. Sin embargo, sabemos que muchas veces los embarazos precoces –sean o no resultado de una relación consentida– se inscriben en historias de vida atravesadas por la violencia.

De acuerdo a los testimonios, un número considerable de las madres menores de 15 años experimentan o experimentaron en distintos momentos de su vida situaciones de violencia sexual y de género: coerción en el inicio de las relaciones sexuales; acoso por parte de algún hombre del

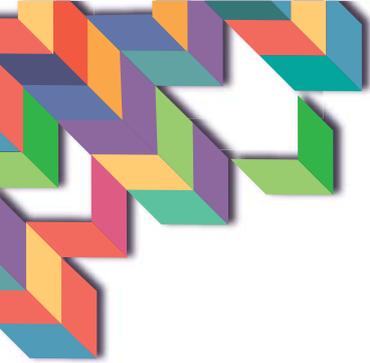
entorno familiar; tocamiento sexual por la fuerza (UNICEF, 2016); y violencia física por parte de sus parejas y padres de sus hijos.

Resulta preocupante la naturalización de las situaciones de acoso y coerción por parte de las niñas, así como las actitudes de descreimiento, ocultamiento y culpabilización por parte de las familias cuando las adolescentes reportan abusos de algún pariente, novio o persona cercana a la familia. Una explicación posible frente a esta problemática es que, en determinados contextos, las adolescentes y sus familias no cuentan con herramientas para identificar y comunicar a los organismos del Estado las situaciones de abuso sexual.

«(Mi mamá) no lo tomó bien. No sé si no me creyó. "No le cuentes a nadie", me dijo. Y por ahí una semana yo me callé pero no podía estar ¿viste? Porque él me miraba o trataba de llevarme a algún lado y yo decía siempre que no.»
(Adolescente, Misiones. En Binstock y Gogna, 2017)



Resulta **preocupante la naturalización** de las situaciones de **acoso y coerción por parte de las adolescentes** así como las actitudes de **descreimiento, ocultamiento y culpabilización** por parte de **sus familias**. Una explicación posible frente a esta problemática es que, en determinados contextos, **las adolescentes y sus familias** no cuentan con **herramientas para identificar y comunicar** a los organismos del Estado las situaciones de **abuso sexual**.



Embarazo, maternidad y crianza

Una proporción considerable de las adolescentes se entera de su embarazo en una etapa avanzada de la gestación (entre los 5 y 7 meses). El miedo, la sorpresa y la angustia son los sentimientos que dicen atravesar al conocer su estado. Las reacciones del entorno familiar varían desde el apoyo, la sugerencia de realizar un aborto, el enojo o la negación de las situaciones de abuso sexual, incluso cuando la niña lo refiere.

Apenas enteradas de sus embarazos, estas niñas suelen recibir una fuerte presión para que asuman su rol materno: “Tenés que ocuparte de la criatura”. Esto contrasta con la actitud hacia los varones, a quienes no se les reprocha (o incluso se les justifica) el hecho de que, en su mayoría, se desentiendan de los embarazos o acompañen solo por un tiempo.

Al indagar acerca de las preocupaciones de los adolescentes en relación con la salud, la encuesta de UNICEF y CEDES (2016) refleja de otro modo esta desigualdad: aunque varones y mujeres coinciden en las tres primeras cuestiones (VIH-sida, cáncer y drogas), son las mujeres las que mencionan al embarazo no deseado en cuarto lugar

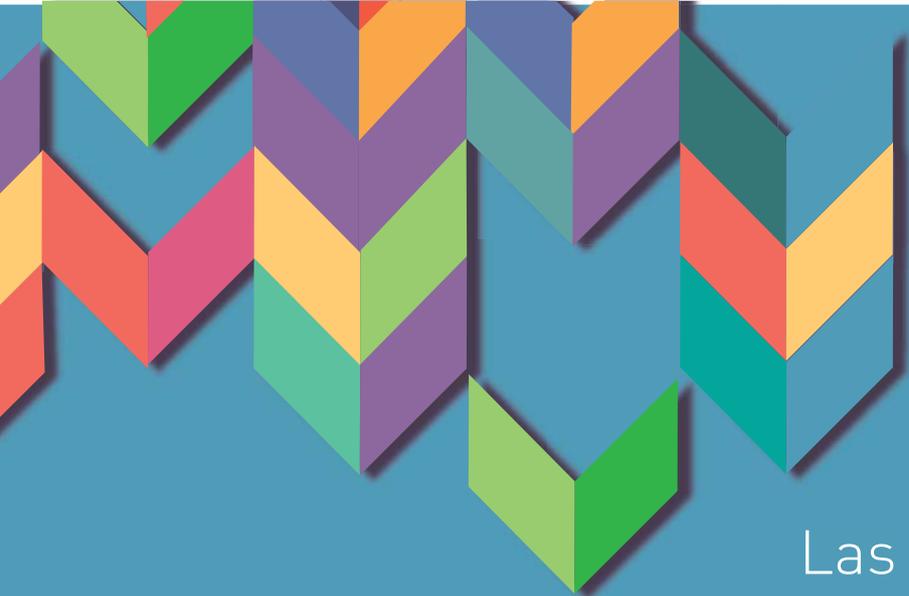
mientras ellos se muestran más preocupados por el bullying.

Las menores de 15 años experimentan la maternidad como una etapa ardua y llena de restricciones. En general, expresan sentimientos de enojo, frustración y cansancio respecto al rol materno y al vínculo con sus hijos/as. Muchas de ellas dicen que aconsejarían a sus pares que esperaran para tener un hijo/a, argumentando que “es mucha responsabilidad”, “van a sufrir” o que “hay tiempo para ser mamá”. Esto las diferencia de las madres de 15 a 19 años que, en muchos casos, viven la maternidad como una experiencia positiva (fuente de reconocimiento social, autoestima, etc.) (Gogna y Binstock, 2017).

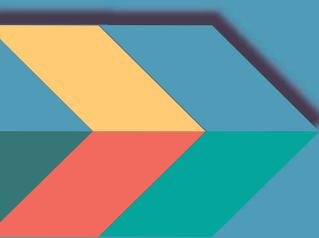
La mayoría de las adolescentes madres vive con sus hijos/as y sus madres (en algunos pocos casos también con el padre) y hermanas, y se dedica al cuidado de sus hijos y a las tareas domésticas. Por su parte, la mayoría de los varones padres no convive ni aporta al sustento de esos niños/as⁽⁵⁾. Son las madres o abuelas de las adolescentes quienes desempeñan un rol clave tanto en lo económico como en la crianza.

*«Tenía miedo. Me encerraba. No quería salir, no quería comer.
Tenía miedo que mi mamá me pegue.»*
(Adolescente, Misiones. En Binstock y Gogna, 2017)

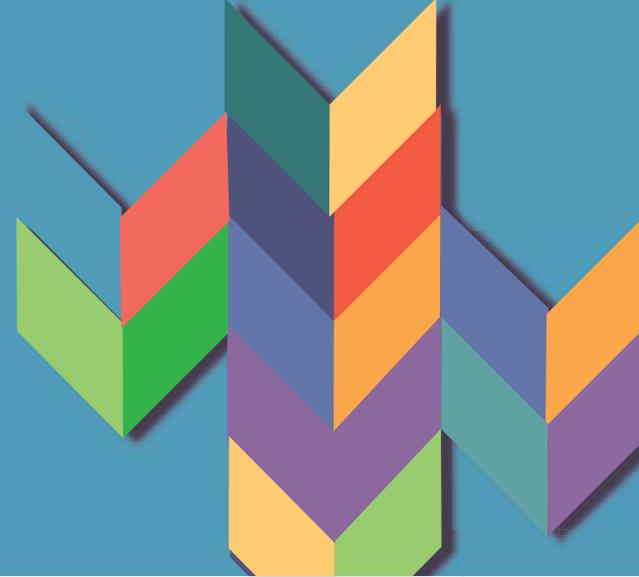
(5) En el estudio cualitativo llevado a cabo por Binstock y Gogna (2017), solo tres de las 19 adolescentes madres convivían con los padres de sus hijos/as y una estaba en pareja con un hombre 20 años mayor.



Las **menores de 15 años** experimentan la **maternidad** como una **etapa ardua y llena de restricciones.**



Apenas enteradas de sus embarazos, estas niñas suelen recibir una **fuerte presión** para que asuman **su rol materno.**



Los riesgos de la maternidad en menores de 15 años

Los riesgos que pueden producir los embarazos en adolescentes menores de 15 años exceden lo que se considera “riesgo médico obstétrico” o riesgo para la vida y abarcan –sin olvidar la correlación entre unos y otros– también ciertos riesgos sociales.

En el caso de las madres menores de 15 años, sus bebés tienen mayor riesgo de nacer en parto prematuro y con bajo peso, condiciones –sobre todo el nacimiento pre-término– que aumentan sus probabilidades de contraer enfermedades graves y/o de muerte en el período perinatal. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil es más

elevada entre los nacidos de madres adolescentes. Como se observa en el Cuadro 1, en promedio entre 2012 y 2014 el 7,2% de todos bebés nacidos en el país registró un peso menor a los 2,5 kilogramos. Esta proporción se eleva a 8,2% entre los nacidos vivos de madres de entre 15 y 19 años, y al 11,1% entre los de menores de 15 años. Los datos corroboran la hipótesis de que a menor edad de las madres mayor probabilidad de un nacimiento de bajo peso. Esto tanto a nivel del promedio nacional como a nivel de las distintas jurisdicciones.

 **Cuadro 1. Porcentaje de nacimientos de bajo peso (menos de 2.500 gramos) según edad de la madre. Jurisdicciones con 15 o más nacimientos de bajo peso entre las madres de menos de 15 años. Argentina, 2012 a 2014**

Jurisdicción de residencia de la madre	Edad de la madre			Total
	- 15 años	15 a 19 años	20 y más años	
Total	11,1	8,2	7,0	7,2
Ciudad Autónoma de Bs As	13,7	7,6	7,1	7,1
Buenos Aires	10,7	8,3	7,1	7,2
Córdoba	9,4	7,9	6,7	6,9
Corrientes	13,8	8,3	6,8	7,2
Chaco	11,7	8,6	7,4	7,7
Chubut	13,4	7,0	5,9	6,1
Entre Ríos	9,9	8,4	7,2	7,4
Formosa	9,6	8,9	7,1	7,5
Jujuy	10,1	8,0	6,2	6,5
Mendoza	14,2	7,4	6,4	6,6
Misiones	11,4	8,1	6,8	7,1
Neuquén	11,3	7,1	6,1	6,3
Salta	9,7	7,9	6,7	7,0
Santa Fe	12,9	9,3	8,0	8,2
Santiago del Estero	11,8	7,3	6,0	6,3
Tucumán	11,3	9,1	7,5	7,8

Fuente: Pantelides E. A. y Fernández M. M. (2017). “Las madres menores de 15 años. El caso argentino”.

Los nacimientos pre-término (antes de las 37 semanas de gestación) son, también, más frecuentes a medida que desciende la edad de la madre. Como se aprecia en el Cuadro 2, el 8,4%

del total de nacimientos son pre-término; entre las madres de 15 a 19 años son el 9,1% y entre las menores de 15 el 12,8%. También en este caso el patrón se repite al interior del país.

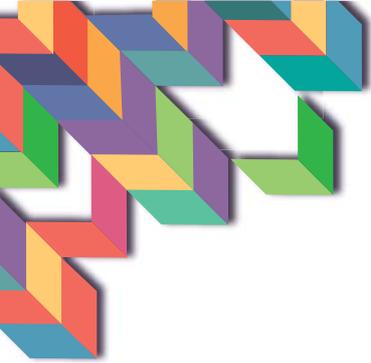
Cuadro 2. Porcentaje de nacimientos pre-término (menos de 37 semanas de gestación) según edad de la madre. Jurisdicciones con 15 o más nacimientos pre-término entre la madres de menos de 15 años. Argentina, 2012 a 2014

Jurisdicción de residencia de la madre	Edad de la madre			Total
	- 15 años	15 a 19 años	20 y más años	
Total	12,8	9,1	8,3	8,4
Ciudad Autónoma de Bs As	11,5	7,3	8,0	8,0
Buenos Aires	12,2	9,3	8,5	8,5
Córdoba	12,0	6,3	6,0	6,1
Corrientes	11,7	8,7	7,5	7,7
Chaco	13,4	9,0	8,2	8,4
Chubut	12,6	9,2	9,0	9,1
Entre Ríos	14,3	8,4	7,3	7,5
Formosa	17,0	12,5	10,4	10,8
Jujuy	12,3	10,4	8,6	9,1
Mendoza	12,3	8,0	7,0	7,2
Misiones	13,0	6,9	6,3	6,4
Neuquén	12,0	8,5	8,1	8,2
Salta	13,5	9,3	8,2	8,4
Santa Fe	10,9	8,4	8,9	8,9
Santiago del Estero	10,4	8,2	7,8	7,9
Tucumán	20,4	8,8	8,6	8,7

Fuente: Pantelides E. A. y Fernández M. M. (2017). "Las madres menores de 15 años. El caso argentino".

Los dos problemas asociados a la maternidad en menores de 15 años descriptos más arriba impactan en la mayor mortalidad infantil de los hijos de estas madres. Pantelides y Fernández (2017) encuentran que en el promedio de los años 2010 a 2014, la tasa de mortalidad infantil era de

9,3 por mil para las madres mayores de 20 años, de 13,9 por mil para las de 15 a 19 y que se elevaba al 24,4 por mil entre las menores de 15. En términos del impacto social de los embarazos en adolescentes que tienen menos de 15 años, las indagaciones cualitativas dan cuenta de la



manera en que estos, la maternidad y la crianza profundizan situaciones de vulnerabilidad previas al embarazo. Las adolescentes madres interrumpen sus estudios y/o encuentran mayor dificultad para completarlos; tienen menores oportunidades de acceso al mercado laboral o a empleos calificados y, por ende, de generar sus propios ingresos; asumen tempranamente responsabilidades y roles

adultos con la consecuente repercusión sobre su socialización (aislamiento, exclusión, etc.); sufren daños emocionales y psicológicos agravados cuando el embarazo no fue intencional o fue producto de relaciones forzadas. Todo ello agudiza la vulnerabilidad de este grupo de adolescentes frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia.



En promedio, entre 2012 y 2014,
el **8,2% de los nacidos vivos**
de **madres de entre 15 y 19 años**
y el **11,1% de los de madres menores**
de 15 años registraron
un peso al nacer menor a **2,5 kilos**



Los embarazos en **menores de 15 años**
agudizan **la vulnerabilidad** de este grupo
de adolescentes frente a la **pobreza**, la
exclusión, la **violencia** y la **dependencia**.



Las respuestas desde las políticas públicas

Educación sexual integral y prevención de embarazos no buscados

Las adolescentes suelen tener su primera charla de educación sexual después de su iniciación. Por otro lado, los profesionales de salud no juegan un rol importante en la provisión de información y de métodos anticonceptivos a las menores de 15 años sino hasta el primer embarazo. Esto evidencia la existencia de “oportunidades perdidas” en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

La educación sexual integral se implementa de modo irregular a lo largo del país e incluso dentro de una misma jurisdicción. Más que como contenido transversal en todos los niveles de enseñanza (según lo establece la Ley 26.150)⁽⁷⁾, la misma

asume la modalidad de “charlas” intermitentes y su abordaje tiende a ser de corte biologicista, desatendiendo la integralidad de la propuesta.

Entre los profesionales de salud se observa una preocupante falta de autocritica en cuanto a su responsabilidad en garantizar la información y accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Suele culpabilizarse a las adolescentes (por su falta de voluntad, descuido o irresponsabilidad) sin identificar los obstáculos propios del sistema de salud: servicios poco amigables, actitudes prejuiciosas por parte de los profesionales, su desconocimiento de los derechos de las adolescentes como usuarias del sistema de salud, etc.

Atención del embarazo, parto y posparto

La detección del embarazo, punto de partida del recorrido institucional, suele ser tardía. En promedio, el primer contacto con el sistema de salud ante la sospecha o confirmación del embarazo ocurre en el segundo trimestre.

Esto conlleva serias implicancias. En primer lugar, impide o limita un abordaje integral, adecuado y oportuno para evaluar las circunstancias en torno al embarazo y brindar intervenciones acordes en función de las necesidades detectadas (por ejemplo apoyo psicológico, evaluación socio ambiental, detección de abuso sexual, ILE, etc.). En segundo lugar, implica un control deficiente o nulo durante el embarazo que, sumado al

alto riesgo de base por la corta edad, puede generar complicaciones graves.

No existen guías o protocolos para la atención de niñas/adolescentes embarazadas que contemplen una mirada interdisciplinaria e intersectorial, fundamental para el abordaje del embarazo adolescente. No obstante, de modo general, en los servicios de salud se clasifica al embarazo antes de los 15 años como un embarazo de riesgo por la corta edad de la madre. Esto implica que algunas jurisdicciones tengan como norma centralizar el control prenatal y/o el parto/cesárea en un centro de tercer nivel.

No existen pautas que incluyan en la consulta la

(7) Ley 26.150 del Programa Nacional de Educación Sexual Integral.



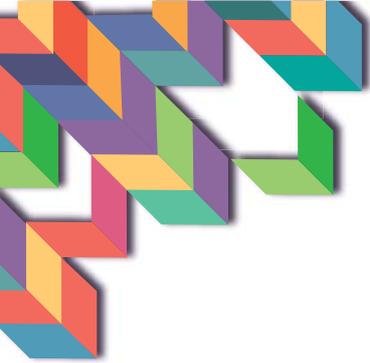
indagación acerca de las circunstancias en las que se originó el embarazo en niñas y adolescentes. Esto depende del compromiso, formación e iniciativa de cada profesional. Resulta preocupante que algunos médicos expresen no indagar “para respetar la privacidad de la niña” o porque no se sienten capacitados, siendo que constituyen un eslabón clave en la detección de situaciones de abuso. Los equipos especializados en adolescencia y los de conformación interdisciplinaria son los que, en mayor medida, indagan en profundidad con el objetivo de identificar posibles situaciones de este tipo.

Las instituciones que cuentan con servicios diferenciados de atención de adolescentes tienen mayor posibilidad de aplicar un abordaje integral, interdisciplinario y focalizado, mientras que los servicios generales tienden a tratarlo como “un embarazo más”, con una mirada predominantemente biomédica.

En general, las adolescentes reportan haber sido bien tratadas durante la atención del embarazo. Sin embargo, sus testimonios sobre la atención de los partos dan cuenta de varias cuestiones preocupantes:

- Los relatos de experiencias sumamente dolorosas abren la pregunta acerca del adecuado manejo del dolor (anestesia) y/o contención de las adolescentes durante el parto.
- Los casos de adolescentes a quienes no se les permitió ingresar a la cesárea acompañadas por un familiar constituyen una violación a sus derechos como paciente.
- Algunos relatos evidencian episodios de violencia obstétrica –trato deshumanizado, discriminatorio y humillante– que suelen ser más graves en el caso de las niñas pertenecientes a comunidades indígenas.

«Cuando entré adentro y mi mamá entró conmigo, el doctor le dijo: “No, solo la nena nomás”. Yo entré adentro y me dijo “¿Tu mamá estaba cuando vos estabas poniendo?”, me dijo así ¿viste? y yo ya le miré y... yo soy re maricona, ya empecé a temblar. Me dijo: “¿Te pregunté algo! ¿No me vas a contestar?”, me decía así y yo le miraba.»
(Adolescente, Misiones. En Binstock y Gogna, 2017)



A diferencia de la prevención del primer embarazo, la consejería y provisión de anticoncepción posparto parecen ser prácticas instaladas en los servicios de salud que atienden a las adolescentes en sus partos, incluyendo la oferta de métodos de largo plazo.

Sin embargo, más allá de la provisión de un método anticonceptivo, los informantes del sistema de salud coinciden en señalar la falta de seguimiento posparto luego del alta hospitalaria. La contrarreferencia entre el tercer nivel (donde suelen atenderse estos embarazos y partos por su categorización como alto riesgo) y el primer nivel de atención en general no fluye, en parte por desarticulaciones en la red asistencial y en parte

porque no es vista como prioritaria. No existen canales facilitados para ninguna otra intervención, a pesar de la complejidad que rodea a las situaciones de maternidad antes de los 15 años.

El seguimiento posparto es importante no solo para los controles médicos de la adolescente y su hijo/a, la adopción y adherencia a métodos anticonceptivos y la lactancia, sino que es un momento crucial en la vida familiar que requiere de una mirada integral, especialmente cuando se trata de niñas y adolescentes menores de 15 años. Preocupan principalmente los casos de abuso o sospecha de abuso donde la adolescente y el recién nacido retornan a un contexto potencialmente inseguro y amenazador.

Los procedimientos en casos de abuso sexual

No hay registros que permitan dimensionar el peso que tiene el abuso sexual como causa de embarazos en niñas y adolescentes menores de 15. El sistema de salud no lleva registros sistematizados, y el de justicia solo se basa en las denuncias formales que no siempre se realizan. La no radicación de denuncias se asocia por un lado a la “naturalización” y aceptación sociocultural del abuso, y por otro lado al carácter intrafamiliar del mismo que con frecuencia inhibe a la niña madre de denunciar a un familiar directo.

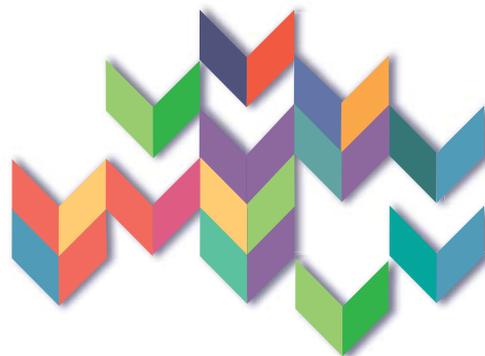
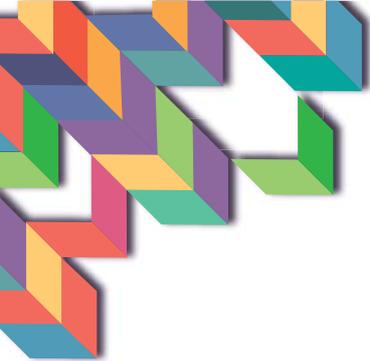
Ante la falta de protocolos específicos, la identificación y las intervenciones de los profesionales de salud son guiadas por criterios propios o acordados en equipo. En ese sentido, preocupan las situaciones de sospecha de abuso sobre las

cuales no se profundiza y resultan frustrantes aquellas en las que no se logran restituir los derechos vulnerados ni reducir la exposición al riesgo luego del alta posparto.

Cabe destacar que el artículo 9 de la Ley 26.061⁽⁸⁾ establece que cualquier persona que sospeche o tome conocimiento de casos de abuso sexual contra NNyA, lo mismo que cualquier otra violación a sus derechos, tiene la obligación de comunicarlo al organismo de protección. Asimismo los adultos que se desempeñan en organismos asistenciales, educativos y de salud del ámbito público o privado, que no solo deben comunicar el hecho al organismo de protección, sino que tienen la obligación legal de realizar la denuncia judicial de los casos de abuso sexual (UNICEF, 2016: 18)⁽⁹⁾.

(8) Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

(9) “El deber de denunciar los casos de abuso sexual contra NNyA se encuentra prescripto en diversas leyes en nuestro país, entre ellas se destacan: la Ley Nacional 24.417 de protección contra la violencia familiar (art. 2); la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes (art. 30 y 31)” (UNICEF, 2016: 18)



La existencia y nivel de desarrollo de los organismos de protección de derechos de niños/as y adolescentes de acuerdo a la Ley 26.061 es variable según jurisdicción, oscilando entre el antiguo paradigma tutelar y el modelo de protección integral que dispone la legislación vigente. La articu-

lación entre el sistema de salud, justicia y protección de derechos de niños/as y adolescentes es incipiente en algunos sitios y más afianzada en otros, especialmente donde existen servicios zonales o delegaciones de los órganos de la Dirección o Subsecretaría de Niñez y Adolescencia.

Acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE)

El artículo 86 del Código Penal de la Nación determina los casos en los que el aborto se encuentra despenalizado cuando el embarazo representara un peligro para la vida o la salud de la madre o si el embarazo proviene de una violación.

Asimismo, el “Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015 establece que la causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (MSAL, 2015). Los registros de egresos hospitalarios para 2014 dan cuenta de que 459 de las adolescentes de estas edades que habían egresado de establecimientos del sector público habían atravesado una internación hospitalaria por causa de aborto⁽¹⁰⁾

–estas representan el 1,4% del total de causas de egresos–. El 75% de ellos corresponde a las adolescentes de 14 años, el 20% a las de 13 y el 5% restante a las de 10, 11 y 12 años.

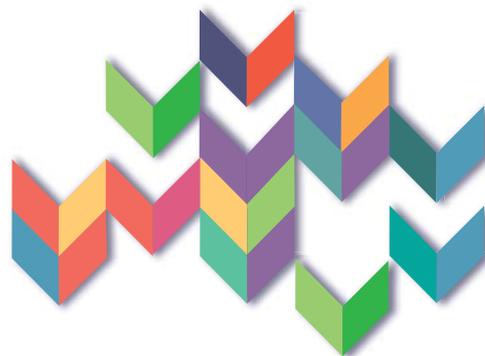
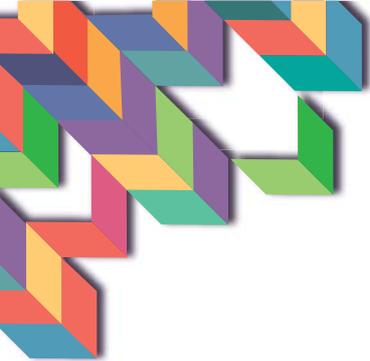
Desde el punto de vista legal, todas las niñas menores de 13 años embarazadas podrían acceder a una ILE por abuso sexual⁽¹¹⁾. Asimismo, según la legislación argentina, las menores de 15 años podrían enmarcarse dentro de la causal riesgo para la salud, ya que el embarazo y el parto antes de los 15 años son causa de mayor morbilidad perinatal y materna (MSAL, 2015).

Sin embargo, en los estudios cualitativos se pudo verificar que diversos tipos de obstáculos dificultan el acceso de las adolescentes al aborto no punible⁽¹²⁾. Una barrera importante es la edad gestacional avanzada en la que se detectan los embarazos y los protocolos hospitalarios o ministeriales que establecen el plazo máximo en las 12 semanas, contradiciendo la normativa que no fija un plazo específico.

(10) Los registros de egresos hospitalarios no permiten distinguir si se trata de aborto espontáneo o interrupción voluntaria.

(11) El Código Penal de la Nación Argentina establece que las relaciones sexuales mantenidas con menores de 13 años son abuso sexual.

(12) En el estudio de Binstock y Gogna (2017), cinco adolescentes entrevistadas respondieron que en ningún momento pensaron en interrumpir el embarazo, otras cuatro consideraron esa alternativa antes de comunicar la noticia a sus padres pero luego no la llevaron adelante y una quinta lo intentó sin éxito.



Por otro lado, la ILE no es contemplada por parte de los profesionales de la salud como parte del abordaje integral de los embarazos en menores de 15 años. En general, los profesionales que intervienen en la atención de estos embarazos no ofrecen la ILE como opción, incluso tratándose de casos en que la ley lo permite. Más allá del desconocimiento del marco normativo por parte de algunos profesionales, subyacen actitudes personales opuestas a toda interrupción del embarazo. Incluso, ante la solicitud o expresión concreta de

no querer continuar el embarazo, es habitual que el equipo de salud presione para que la adolescente lo continúe. Así, las valoraciones personales de los profesionales redundan en la negación institucionalizada de derechos a las niñas y adolescentes.

Un facilitador importante en este aspecto es la asistencia técnica de los programas nacionales de salud sexual y adolescencia que difunden el marco legal y contribuyen a que la ILE se interprete de acuerdo a la ley.

«Nosotros no la ofrecemos, está estipulado en la ley y está a disposición de quienes lo deseen, pero también tenemos objetores de conciencia.» (Profesional de la Salud, Salta. En PNSIA, 2017)

«La verdad me cae mal que vengan y me digan “Mirá no quiero tenerlo, quiero que hagas algo”, porque así me han dicho. Entonces les digo “No soy lo que vos creés, no estoy para lo que vos creés, soy obstétrica, estoy a favor de la vida así que olvidate conmigo”... Trato de hablarlas siempre “Aceptá el embarazo, ya está ahí”. ¿Qué más le voy a decir? No le puedo decir “Andá a tal lugar”. »
(Profesional de la salud, Santiago del Estero. En PNSIA, 2017)



La **educación sexual** integral se implementa de modo **irregular** a lo largo del país e incluso dentro de una **misma jurisdicción**.

La **detección** del embarazo, **punto de partida** del recorrido institucional, suele ser **tardía**.

No existen guías o protocolos para la atención de niñas/adolescentes embarazadas que contemplen **una mirada interdisciplinaria e intersectorial**, fundamental para el abordaje del embarazo adolescente.



Más allá de la provisión de un **método anticonceptivo**, los informantes del sistema de salud coinciden en señalar **la falta de seguimiento posparto** luego del alta hospitalaria.



La **no radicación de denuncias de abuso sexual** se asocia a la “**naturalización**” y **aceptación sociocultural** del abuso y al **carácter intrafamiliar** del mismo, que con frecuencia **inhibe** a la niña madre de denunciar a un **familiar directo**.





Más allá del **desconocimiento del marco normativo** por parte de algunos profesionales, **subyacen actitudes personales** opuestas a toda **interrupción del embarazo.**

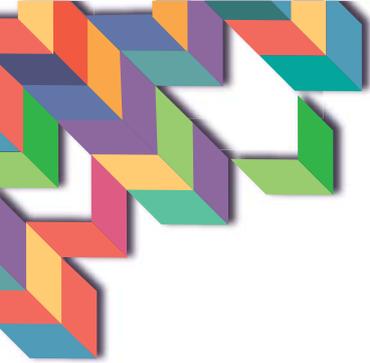
Las instituciones que cuentan con **servicios diferenciados de atención** de adolescentes tienen mayor posibilidad de aplicar un **abordaje integral, interdisciplinario y focalizado.** Los servicios generales tienden a tratarlo como **“un embarazo más”**, con una **mirada biomédica.**





Recomendaciones

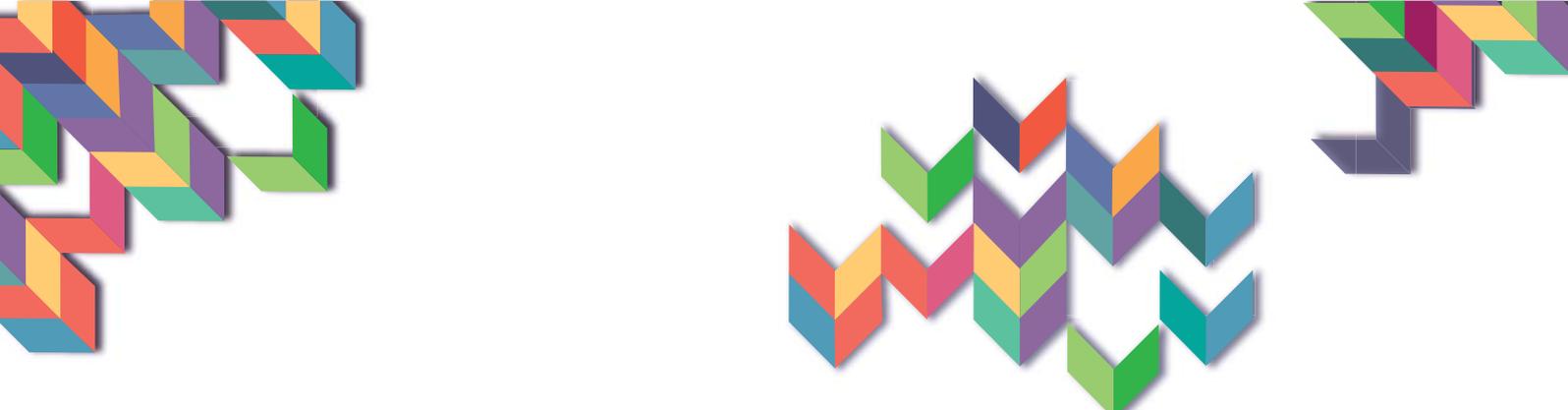
- Lograr que los agentes del Estado, tanto de salud, educación, desarrollo social y justicia que trabajan con adolescentes, les brinden una atención y un trato basado en el cumplimiento de sus derechos, respetando su autonomía y la confidencialidad.
- Priorizar acciones que mejoren la detección oportuna del embarazo en este grupo de edad, teniendo en cuenta cómo alcanzar a las adolescentes aisladas geográficamente, las de comunidades originarias y quienes se encuentran excluidas del sistema escolar. La mayoría de las jurisdicciones cuentan con agentes sanitarios, promotores juveniles y/o líderes de la comunidad que pueden involucrarse en este tema.
- Incluir, de manera sistemática, la indagación adecuada para la detección de casos de abuso en las pautas de atención a adolescentes embarazadas.
- Fortalecer el conocimiento de la normativa por parte de los agentes de salud, que indica la obligación de notificar los casos de abuso sexual contra NNyA.
- Generar mecanismos de inspección interna que refuercen el cumplimiento de las normativas que garantizan el derecho a la salud. De este modo, lograr que los profesionales se sientan respaldados a la vez que obligados a dar cumplimiento a las leyes.
- Conformar equipos o servicios especializados en adolescencia que aseguren confidencialidad, privacidad, escucha a necesidades y realidades específicas, etc. Se ha comprobado que esto favorece la atención integral de las madres menores de 15 años, el aprovechamiento de oportunidades de prevención, la provisión de servicios más amigables, la detección de casos de abuso y una mayor integralidad en el seguimiento posparto, etc.
- Generar una ruta crítica de atención para el seguimiento de las embarazadas menores de 15 años en el pre y posparto para alcanzar un acompañamiento y abordaje integral de la situación de estas adolescentes. Incluso se requiere por causal salud integral o violación, acceso a ILE.
- Desnaturalizar el abuso sexual a nivel comunitario y comunicar claramente las vías posibles de intervención para la población en general. Generar espacios de diálogo y escucha donde los NNyA puedan expresarse sobre estos temas.
- Lograr que todos los agentes del Estado en contacto con adolescentes brinden una escucha atenta, respetuosa y libre de prejuicios. Es necesario capacitarlos en las prácticas y procedimientos que corresponden ante sospechas o abusos confirmados según su rol y funciones.
- Ampliar las políticas y acciones –sean éstas de carácter pedagógico, de apoyo social, de contención, etc.– que contribuyan a retener a las niñas y adolescentes en las escuelas. La inclusión educativa es un importante factor en la reducción de la vulnerabilidad de las niñas ante situaciones de abuso y/o de embarazos no buscados.



- Fortalecer la implementación de la educación sexual integral en todos los niveles. Se debe trabajar en el abordaje de contenidos relativos a la desigualdad de género, los derechos de NNyA, el reconocimiento de situaciones de abuso y coerción, el cuidado del cuerpo propio y ajeno, el placer en la sexualidad, etc., temas descuidados ante la preeminencia del enfoque biomédico. Es necesario explorar nuevos formatos más convocantes, efectivos y amigables para este grupo de edad.
- Garantizar la atención del parto de las madres adolescentes acorde a la Ley de Parto Respetado y generar dispositivos que faciliten la realización de denuncias en casos de violencia obstétrica.
- Realizar campañas de comunicación masiva con eje en los derechos de NNyA que permitan remover el tabú de la sexualidad en la adolescencia temprana y que ofrezcan información sobre prevención del embarazo en lenguaje claro y accesible.

- Lograr que las uniones tempranas o la convivencia en pareja de niñas menores de 15 años sean abordadas por quienes se desempeñan como funcionarios públicos, ya que muchas veces ocultan una serie de vulneraciones de derechos: abuso sexual, explotación, abandono escolar, etc. Estos funcionarios deben contar con mecanismos para indagar e intervenir en estos casos, articulando con el organismo de protección de derechos correspondiente.

Para finalizar cabe destacar que, si bien es necesario que los equipos de salud adopten una perspectiva intercultural para saber escuchar y atender las necesidades de salud de las comunidades, se entiende que la perspectiva de derechos a la que suscribe nuestro país es el piso desde el cual se plantean estas políticas. En otras palabras, no existe argumento que relativice el consentimiento en niños, niñas y adolescentes en términos de su sexualidad, sean o no de comunidades originarias o de contextos rurales o urbanos.



Investigaciones en las que se basa este documento

Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años.

Se trató de un estudio cuanti-cualitativo destinado a producir conocimiento acerca de la maternidad en adolescentes menores de 15 años en Argentina. Fue llevado a cabo por Georgina Binstock (CONICET/CENEP) y Mónica Gogna (CONICET/IIIEGE) en 2017.

El módulo cuantitativo se propuso realizar un diagnóstico sociodemográfico y analizar las tendencias y las brechas en las desigualdades que imprime la maternidad en el curso y condiciones de vida de las adolescentes menores de 15 años. Este diagnóstico se realizó a partir de la información de la DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud), del análisis del registro de nacimientos de 2014 (último disponible a la fecha de la elaboración del trabajo) y del examen de los datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en 2010.

El módulo cualitativo tuvo por objetivos conocer de

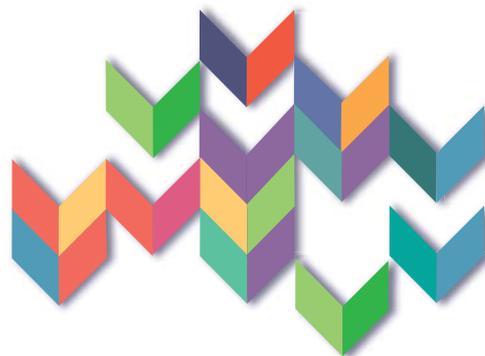
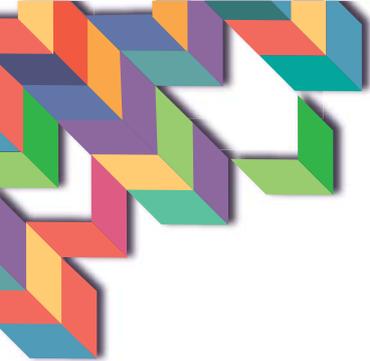
primera mano la historia reproductiva de las madres adolescentes; el contexto del embarazo, su reacción y la de su entorno al conocer la noticia; si se había considerado la posibilidad de interrumpir la gestación; cómo fueron sus experiencias de acceso a servicios de salud y de protección y justicia (en los casos en que correspondía); las consecuencias del embarazo y la maternidad sobre la escolaridad y sobre su vida cotidiana y sus expectativas a futuro. Se realizaron 19 entrevistas con adolescentes que habían sido madres antes de los 15 años y una entrevista con una adolescente de 14 años embarazada. Complementariamente se exploraron –desde la perspectiva de los y las adolescentes menores– algunos de los factores que facilitan o dificultan la prevención de embarazos no buscados mediante ocho grupos focales en los que participaron un total de 62 adolescentes (42 mujeres y 20 varones).

Análisis de los sistemas locales de salud, desarrollo social, justicia, educación y policía en el abordaje a niñas y adolescentes que hayan tenido un parto o una cesárea antes de los 15 años en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero.

Este estudio exploratorio se desarrolló en el marco de la articulación de UNICEF con la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Se

acordó una línea de trabajo conjunta sobre la temática del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años con el fin de aportar conocimiento para la definición de políticas públicas nacionales y provinciales.

El trabajo tuvo como objetivo identificar y analizar los abordajes institucionales que se aplican desde



los sistemas locales de salud, desarrollo social, educación, justicia y policía en localidades seleccionadas de las provincias de Santiago del Estero, Salta, Jujuy y Catamarca.

La metodología incluyó entrevistas semi-estructuradas con informantes clave de esos sistemas locales que tienen contacto directo con niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.

Como técnica complementaria se analizaron casos mediante revisión de historias clínicas acompañadas por el relato del personal de salud involucrado en la atención a fin de reconstruir el abordaje institucional en casos puntuales. Se realizaron 78 entrevistas, con una concentración del 43% en el sector salud.

Informe: Desigualdades de salud de la población adolescente en la Argentina.

El informe fue realizado por Centro de Estudios de Población (CENEP) y participaron los siguientes investigadores: Edith Pantelides (CENEP), María de las Mercedes Fernández (DEIS- MSAL), Hernán Manzelli (CENEP) y Adrián Santoro (DEIS-MSAL).- Tuvo como objetivo detectar, medir y documentar la existencia de desigualdades en salud en la

población adolescente (10-19 años) del país, con foco en algunas de las provincias de menor desarrollo relativo y de poblaciones más jóvenes: Chaco, Misiones, Salta y Jujuy, adoptando un abordaje metodológico cuantitativo utilizando diversas fuentes secundarias oficiales.



Bibliografía

Binstock, G. y M. Gogna (2015). “La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias”. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. N. 20. Pp. 113-140.

Binstock, G. (2016). “Maternidad adolescente en Argentina: Factores asociados en contextos sociales vulnerables”. Ponencia a ser presentada en VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Foz de Iguazú, 17 a 22 de octubre 2016.

Binstock, G. y M. Gogna (2017) “Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años”. Informe de investigación Inédito. UNICEF, Argentina.

Chiarotti, S. (coord.) (2016). *Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Balance regional*. CLADEM.

Giberti, E. y Thourte, M. (coord.). “Un análisis de los datos del programa ‘Las Víctimas Contra Las Violencias’”. En Serie N°3 *Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes*. UNICEF.

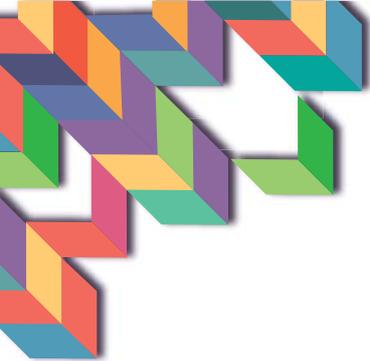
Gogna, M. y Binstock, G. (en prensa). “Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas”. En *Salud Colectiva* N°13(1):63-72.

INDEC (1998). *Situación y Evolución Social* (Síntesis, N° 4, Volumen 2).

Ministerio de Salud de la Nación (2015). “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. 2º edición revisada. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

Pantelides E.A. y Fernández M.M. (2017). “Las madres menores de 15 años. El caso argentino”. *Coyuntura Demográfica*, 11: 27-33

Pantelides, E.; Fernández, M.M.; Manzelli, H. y Santoro, A. (2017) “Desigualdades en Salud de la Población Adolescente en la Argentina”. Informe de investigación inédito. UNICEF- Argentina.



Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y Programa Nacional de Salud Sexual- Ministerio de Salud de la Nación (2017). "Análisis de los sistemas locales de salud, desarrollo social, justicia, educación y policía en el abordaje a niñas y adolescentes que hayan tenido un parto o una cesárea antes de los 15 años en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero". Informe de investigación inédito. UNICEF, Argentina

UNFPA (2013). Williamson, N. et al. *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. UNFPA.

UNICEF (2016). "Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos". Buenos Aires, Argentina.

WHO (2015). *Improving preterm birth outcomes. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization.

Fuentes de datos

UNICEF/CEDES, 2016. Encuesta a Estudiantes Secundarios.

INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

DEIS, MSAL. Egresos hospitalarios 2013.

DEIS, MSAL. Estadísticas vitales 2015.

