

# El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos

DOCUMENTO DE POSICIÓN

Grupo  
Médico  
POR EL DERECHO  
A DECIDIR:  
Global Doctors for  
Choice/Colombia



# El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos

DOCUMENTO DE POSICIÓN

Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia  
Red Global Doctors for Choice

Noviembre de 2012

Grupo  
Médico  
POR EL DERECHO  
A DECIDIR:  
Global Doctors for  
Choice/Colombia

El **Grupo Médico por el Derecho a Decidir** es una red de médicos y médicas de distintas especialidades, que lucha por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones. Es parte de la Red Global Doctors for Choice.

*Este documento se elaboró con los aportes sustantivos de los doctores Claudia Marcela Gamboa, Fernando Martínez y Laura Gil y el apoyo de Ana Cristina González V.*

Diseño y diagramación: [www.glyphosxp.com](http://www.glyphosxp.com)

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de los autores o editores, siempre y cuando quien se beneficie de este material no lo copie, reproduzca, distribuya o adapte con propósitos de ganancia comercial y que los autores reciban crédito como la fuente de tal información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones de material. El *Grupo Médico por el Derecho a Decidir* agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

# Indice

|   |    |
|---|----|
| Introducción  | 5  |
| El caso   | 7  |
| El pronunciamiento de la Corte<br>Constitucional  | 8  |
| Magnitud del problema: situación y cifras del embarazo<br>adolescente   | 10 |
| ¿Representa genéricamente el embarazo un riesgo<br>para la salud de la adolescente? Resumen de la<br>evidencia  | 12 |
| Los argumentos desde el marco de derechos   | 15 |
| Derechos de las adolescentes  | 16 |
| Dimensión social de la salud  | 16 |
| Posición del Grupo Médico por el Derecho a Decidir<br>frente al embarazo adolescente y el derecho que<br>le asiste a toda adolescente colombiana que desee<br>interrumpir su embarazo | 18 |
| Notas   | 20 |



# Introducción

**El Grupo Médico por el Derecho a Decidir tiene entre sus objetivos realizar pronunciamientos sobre temas críticos relativos a los derechos sexuales y reproductivos, basados en sus conocimientos científicos y en su contacto con la realidad de las mujeres. El presente documento de posición está motivado por un caso de una adolescente de 12 años que no pudo recibir atención para una interrupción voluntaria del embarazo, debido entre otras, a la posición de los profesionales que la atendieron, quienes minimizaron los riesgos del embarazo sobre su salud y cometieron una serie de arbitrariedades a lo largo del proceso de atención.**

La Corte Constitucional se pronunció sobre este caso mediante la Sentencia T-841 de 2011, y allí reafirma la conceptualización del riesgo para la salud mental como causa suficiente para que le sea reconocido a cualquier mujer el derecho a interrumpir su embarazo. En este mismo pronunciamiento además, llama la atención sobre la prohibición de imponer barreras para la prestación de este servicio, diferentes a los requisitos ya establecidos.

Como Grupo Médico por el Derecho a Decidir reconocemos en esta sentencia una herramienta fundamental para los profesionales e instituciones relacionados con la prestación de servicios de salud, en tanto permite entender el alcance de la despenalización parcial del aborto en Colombia y sienta las bases para garantizar un acceso real a los servicios, en coherencia con el respeto por los derechos fundamentales de las mujeres.

En este contexto, consideramos indispensable, pronunciarnos alrededor del embarazo adolescente y a nuestra responsabilidad profesional y social con esta realidad a la que nos enfrentamos diariamente y que perpetúa las dinámicas de pobreza y de desigualdad en nuestra sociedad.

El riesgo que corrió esta adolescente en contra de su voluntad y al que no estaba obligada y la consiguiente violación de sus derechos fundamentales a través de una cadena de actos indebidos e injustificados, no refleja solo un caso aislado ni particular. Representa la realidad de miles de adolescentes que cada día viven la misma situación en nuestro país.

## El caso

*Luisa<sup>i</sup> a sus 12 años y acompañada por su madre, solicitó a su EPS la interrupción de su embarazo de 16 semanas, fruto de la relación con su novio de 16 años. Acompañó su solicitud de dos certificaciones expedidas por una ginecóloga y por un psiquiatra en las que constaba que el embarazo representaba un riesgo para su salud por su corta edad. Una semana después, negaron su petición argumentando que los médicos que certificaban el riesgo, no pertenecían a la red de prestadores de la EPS, ante lo cual interpuso una tutela.*

*Durante el proceso sucedieron una serie de hechos que reflejan las arbitrariedades a las que debió someterse Luisa: La personería descalificó los certificados mientras que el ICBF evidenció, una vez más, la afectación de la salud de Luisa a través de una valoración por la psicóloga de su colegio, en la que se documenta el compromiso de su salud mental dado por tristeza e intento de suicidio. Los especialistas subestimaron su solicitud bajo el argumento de haber atendido a niñas de 9 años sin complicaciones.*

*El juzgado decide denegar el amparo teniendo en cuenta que las consecuencias de continuar el embarazo no están certificadas por un médico adscrito a la entidad prestadora de salud y que la edad gestacional estaba avanzada, ya que al momento del fallo contaba con 21 semanas de gestación.*

*Luisa se vio obligada, después de un doloroso y largo proceso de negación de su autonomía y su dignidad, a continuar el embarazo y convertirse en madre en contra de su voluntad asumiendo todos los riesgos que esto representaba para su salud tanto a corto como a largo plazo.*

---

<sup>i</sup> Nombre ficticio.

## El pronunciamiento de la Corte Constitucional<sup>1</sup>

La Corte Constitucional revisó este caso, a pesar de que el daño ya estaba consumado, y en un pronunciamiento de fondo consideró que la EPS vulneró el derecho fundamental a la salud de la niña teniendo en cuenta que su caso se ajustaba a las causales señaladas en la sentencia C355/06. Es decir, que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en el caso en el que el embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico, condiciones que, evidentemente, ella cumplía.

8 | Considera además que el derecho a la IVE tiene carácter fundamental ya que hace parte de los denominados derechos reproductivos y más exactamente de la autonomía reproductiva, por lo tanto, el estado y los particulares que participan del Sistema General de Seguridad Social en Salud –E.P.S. e I.P.S.– están en la obligación de abstenerse de imponer obstáculos ilegítimos a la práctica de la IVE en las hipótesis despenalizadas atendiendo a su obligación de respeto, tales como exigir requisitos adicionales a los descritos en la sentencia C-355 de 2006 como por ejemplo que el certificado sea expedido por un médico de la misma EPS o que tenga cierta edad gestacional.

*Prohibir el aborto cuando “está en riesgo la salud o la vida de la madre puede constituir (...) una trasgresión de las obligaciones del Estado colombiano derivada de las normas del derecho internacional.”*

Sentencia T-841/11

Los siguientes son los aspectos clave del pronunciamiento:

- Según La Corte, la causal de peligro para la salud y la vida de la mujer gestante no cobija solamente la protección de su salud física sino también su salud mental, en coherencia con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales/PIDSEC, según el cual la garantía del derecho a la salud supone gozar del “más alto nivel posible de salud física y mental” y que el embarazo podría provocar “una situación de angustia severa o, incluso, graves alteraciones síquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica.”<sup>2</sup>

- Con respecto a la edad no solo es inconstitucional sino también contraproducente, impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo.
- En relación con los requisitos, explicitó la prohibición de imponer requisitos adicionales al certificado médico cuando existe un peligro para la salud y de descalificar conceptos expedidos por psicólogos pues la Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud.
- Sobre el alcance de las actuaciones judiciales, aclaró que no era competencia del juez de instancia determinar la oportunidad para realizar la IVE dado que ni la sentencia C-355 de 2006 ni ninguna norma legal ha fijado límite temporal alguno para la realización de la IVE en los casos despenalizados, por lo tanto no era procedente negar el servicio con base en este argumento.

Por último, reafirmó la importancia de contar un protocolo de diagnóstico rápido que permita establecer con prioridad si existe un riesgo para la salud de una mujer que solicita una IVE bajo esta premisa, incluida su salud mental y consideró que un plazo razonable para dar respuesta a una petición de IVE y llevarla a cabo –si ello es médicamente posible– es de cinco días en aras de minimizar su complejidad y riesgos.

# Magnitud del problema: situación y cifras del embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad; a su vez dentro de este grupo está la adolescencia precoz entre los 10-14 años y la tardía entre los 15-19 años. El embarazo temprano ocurre en todos los niveles socio-económicos pero predomina en los sectores de menor nivel socio económico y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), reporta que la tasa de específica de fertilidad adolescente de la población más pobre es cuatro veces mayor que la de la población más rica.<sup>3</sup> Así mismo el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes con bajo nivel educativo.<sup>4</sup>

A nivel mundial se considera que una décima parte de todos los nacimientos son de niñas adolescentes y en muchos países, las complicaciones relacionadas con el embarazo, aborto y parto son la principal causa de muerte entre niñas de 15-19 años.<sup>5</sup>

De otro lado, es importante tener en cuenta que la mortalidad infantil es muy superior en los hijos de madres menores de 15 años comparativamente con los hijos de madres

a cualquier edad o de mujeres entre los 15-19 años según datos de América Latina.<sup>6</sup> El hijo de una adolescente tiene 60% más riesgo de morir durante su primer año de vida<sup>7</sup>

### La realidad en números:

- Cada año en el mundo al menos 60.000 adolescentes mueren por problemas relacionados con el embarazo y el parto.
- El riesgo de morir durante el parto es dos veces más alto para un adolescente que para una mujer adulta. Si la adolescente es menor de 15 años el riesgo es 5 veces mayor.<sup>8</sup>
- En Colombia durante 2010 el 23% de los niños fueron dados a luz por adolescentes.<sup>9</sup>
- Durante ese mismo año, murieron 17 niñas como resultado del embarazo o el parto. Las niñas embarazadas entre 10 y 14 años tuvieron el doble de riesgo de morir comparadas con las embarazadas de 15 a 19 años.

# ¿Representa genéricamente el embarazo un riesgo para la salud de la adolescente?

## Resumen de la evidencia

El riesgo aumentado de complicaciones que se ha conferido tradicionalmente al embarazo adolescente puede sustentarse teóricamente con base en argumentos biológicos, como la falta de madurez y el encontrarse aún en periodo de crecimiento; y con base en argumentos socio-culturales, como la deprivación económica que resulta de un menor nivel educativo como consecuencia del abandono escolar, el aislamiento causado por el estigma social hacia las madres solteras y la convergencia de la crisis psicológica propia de la adolescencia con la crisis propia del embarazo, todo lo cual puede determinar un mayor riesgo de desórdenes físicos y mentales asociados al estrés.<sup>10</sup>

Varios estudios poblacionales confirman la existencia de este riesgo y en general coinciden en demostrar de manera consistente que el embarazo representa un riesgo para la salud de la adolescente tanto en su dimensión física como en la mental y la social.

A corto plazo, el embarazo en una mujer adolescente representa un riesgo incrementado de complicaciones obstétricas y resultados perinatales adversos. Este riesgo incluye una mayor probabilidad de desarrollar anemia, infecciones urinarias, pre-eclampsia,

parto pre-término, mortalidad perinatal, hemorragia e infección postparto y de requerir un parto instrumentado.<sup>11,12,13,14</sup> Si bien, existen variaciones regionales a nivel mundial, un estudio que evaluó el impacto del embarazo en la salud física de casi 345,000 adolescentes latinoamericanas,<sup>15</sup> confirma la existencia de una mayor incidencia de complicaciones en nuestras adolescentes en comparación con la población adulta.

En el área de la salud mental se han observado altas tasas de síntomas depresivos en las adolescentes durante el embarazo y el postparto que pueden llegar a alcanzar una prevalencia de hasta 57% durante los primeros cuatro años después del parto<sup>16,17,18</sup> y que en general son entre 2 y 3 veces más altas que las de la población adulta.<sup>19</sup> Un estudio, realizado en 125 adolescentes colombianas embarazadas, demostró una incidencia de depresión del doble en comparación con las que no cursaban con un embarazo.<sup>20</sup>

A largo plazo, durante la vida adulta quienes fueron madres durante la adolescencia gozan de menor salud mental, social y física en comparación con quienes lo fueron a una mayor edad.<sup>21,22,23</sup> Este riesgo se refleja en una mayor incidencia de depresión,<sup>24</sup> uso de psicoactivos y alcohol y en una menor escolaridad,<sup>25</sup> menor estabilidad familiar y mayor probabilidad de ser víctima de violencia, más pobreza, desventaja social y dependencia de ayudas del estado.<sup>26,27</sup> En la dimensión física, se ha demostrado un mayor riesgo de enfermedades como cáncer de útero y de pulmón y enfermedades cardiovasculares<sup>28</sup> e incluso un riesgo 60% mayor de morir prematuramente<sup>29,30</sup> cuando se ha asumido la maternidad a una edad temprana.

Otros estudios han discutido si la mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo en adolescentes es consecuencia de otros factores preexistentes, como la pobreza, la disfunción familiar, el maltrato y el bajo nivel educativo y de no de la edad de la mujer *per se*, sin embargo en todos los estudios anteriormente citados, al hacer un control de estas variables de confusión se ha demostrado que si bien estos factores de vulnerabilidad empeoran los riesgos,<sup>31</sup> el solo hecho de ser adolescente determina un riesgo aumentado de afectación para la salud de la mujer embarazada independientemente de su estatus socio-económico y de la calidad de cuidado prenatal que reciba.

Todos estos efectos se ven intensificados en las adolescentes más jóvenes, es decir, a menor edad, mayores son los efectos negativos del embarazo sobre la salud de la adolescente, lo cual refuerza la noción de una asociación causa-efecto.<sup>32,33,34</sup>

Más aún, estudios prospectivos que observan el desempeño social de mujeres adolescentes embarazadas reafirman este concepto al evidenciar que aquellas que decidieron interrumpir el embarazo, alcanzan mayores niveles de educación y de capacidad económica tanto a corto como a largo plazo en comparación con quienes se convirtieron en madres, independiente de su estatus previo,<sup>35,36,37</sup> lo que sugiere, como concluyen los autores, que la terminación del embarazo puede mitigar la desventaja social que conlleva la maternidad en la adolescencia.

### ¿Qué demuestran los estudios?

- En América Latina, Una mujer menor de 15 años tiene 4 veces más riesgo de morir durante un embarazo o de sufrir una infección o una hemorragia en el postparto que una mujer adulta. (Conde-Agudelo 2005)
- Por cada año que se retrasa el inicio de la maternidad, las familias mejoran en un 32% su capacidad económica. (Moore 1993)
- Las mujeres que han sido madres en la adolescencia tienen 70% menos probabilidades de recibir educación superior. (Hoffert, 2001)
- El riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo o después del parto es mucho mayor en una adolescente en comparación con las mujeres adultas o con adolescentes no embarazadas. (Wolf 2009)

La evidencia científica disponible confirma que existe un riesgo para la salud de la adolescente como resultado de la continuación de un embarazo, que si bien tiene varios determinantes, se encuentra relacionado directamente con la edad de la mujer.

# Los argumentos desde el marco de derechos

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 (con el cual Colombia se ha comprometido como país), reafirmó el derecho fundamental de todas las parejas y todas las personas a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.

En consecuencia, la salud reproductiva incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear; la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; el derecho a obtener información sobre anti-concepción y sobre otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan a las mujeres tener un embarazo y un parto sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En este sentido, impedir a una mujer interrumpir su embarazo, en un contexto en el que el estado reconoce este derecho bajo ciertas circunstancias, cuando cumplen con ellas, contraviene los compromisos internacionales y el marco legal.

## Derechos de las adolescentes

Sobre el derecho de las adolescentes frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se deben tener en cuenta dos principios: el de las capacidades evolutivas y el concepto de interés superior de la menor. El primero reconoce la capacidad de la adolescente para tomar decisiones autónomas concernientes a su salud sexual y reproductiva y el segundo exige que sus intereses y derechos sean preferidos y protegidos de la manera más efectiva en todas las circunstancias y por todas las instancias. Esta protección adquiere preeminencia, incluso frente a los padres.

Las mujeres menores de edad tienen, como todas, derecho a lograr sus intereses en salud, a la autonomía y a que las decisiones sobre su salud se funden en la práctica basada en la evidencia. Ante un riesgo para su salud, su decisión de interrumpir el embarazo debe prevalecer frente a la de médicos, autoridades, padres o tutores, con el fin de evitar la discriminación por su condición especial de menor de edad.

16 |

El libre desarrollo de la personalidad de las mujeres prevalece cuando el embarazo resulta en una carga extraordinaria y opresiva para las mujeres o cuando afecta su salud, sus condiciones económicas o las de su familia.

## Dimensión social de la salud<sup>38</sup>

El derecho a la salud que se salvaguarda debe ser integral. Si bien esta ampliamente sustentado un riesgo para la salud física y mental de la mujer adolescente como consecuencia del embarazo, es claro que el mayor riesgo converge en la dimensión social, que está constituida por todos los factores relacionados con el “estar bien” y con el proyecto de vida.

El proyecto de vida se asocia al concepto de realización personal y en las opciones para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. Estas opciones son la expresión y la garantía de la libertad y cobran vital importancia en la etapa de la adolescencia de toda mujer.

Cuando el embarazo interfiere en el proceso educativo o compromete las posibilidades profesionales o laborales, o la mujer no cuenta con la capacidad emocional y física o económica para cuidar de un hijo, elementos que están presentes casi universalmente en la adolescencia, se configura un claro e innegable riesgo para la salud social.

Como fenómeno social, este complejo de dificultades para asumir la maternidad en la adolescencia representa una fuente de perpetuación del círculo de la pobreza. Las adolescentes más propensas al embarazo son las más pobres. Al ver truncado su proyecto de vida por la maternidad, encuentran aún más difícil lograr su potencial educativo, laboral y económico, tienen una mayor probabilidad de tener en el futuro familias más grandes y más probablemente mono-parentales, todos estos factores determinantes de pobreza, lo que contribuye a que permanezcan dentro del grupo menos favorecido.<sup>39</sup>

Algunos epifenómenos bien conocidos como la tendencia a repetir patrones de embarazo adolescente dentro de las familias o a la ausencia de un proyecto de vida claro que lleve a la adolescente a buscar en la maternidad una reivindicación de su valor como persona, aportan aun más a la perpetuación de estas condiciones sociales adversas.

Los servicios de salud amigables a la adolescente deben ser, desde este punto de vista, integrales y abordar la problemática del embarazo de acuerdo con el marco legal colombiano. La responsabilidad social que nos asiste como médicos y médicas hace necesario que seamos activos en actuar para que las adolescentes tengan acceso real a toda la información y los servicios de salud tendientes a minimizar el impacto del embarazo no deseado y que el estado reconoce como derecho fundamental, incluido el aborto.

# Posición del Grupo Médico por el Derecho a Decidir frente al embarazo adolescente y el derecho que le asiste a toda adolescente colombiana que desee interrumpir su embarazo

Tener un hijo durante la adolescencia puede ser culturalmente aceptable, o una decisión tan autónoma como decidir no tenerlo. Lo que no es aceptable desde ningún punto de vista, es obligar a la adolescente a continuar el embarazo a pesar de los riesgos que esto conlleva y que no está obligada a correr.

Es únicamente la adolescente a nivel individual, quien debe decidir si quiere asumir los riesgos que implica el embarazo, tomando en consideración sus capacidades evolutivas y el mejor interés de la menor. No solo es inconstitucional sino también contraproducente, impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo.

La causal de peligro para la salud y la vida de la mujer gestante no cubre solamente la protección de su salud física sino también su salud mental, y esto abarca a las adolescentes.

Es inadmisibles que los profesionales de la salud impongan requisitos adicionales al certificado médico cuando existe un peligro para la salud, tanto como lo es descalificar conceptos expedidos por psicólogos pues la Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud.

El reconocimiento, por parte del estado, del derecho de toda adolescente a no correr riesgos para su salud, solo se verá traducido en acciones reales en la medida en que la sociedad y en especial los y las trabajadoras de la salud reconozcan y respeten la autonomía de cada mujer.

El embarazo adolescente constituye un fenómeno social y cultural complejo que requiere de una aproximación integral de parte de los profesionales y de los servicios de salud que tenga en cuenta el contexto jurídico del país y la protección de los derechos fundamentales lejos de la discusión moral o de sus propias convicciones personales a la hora de valorar la existencia y de certificar el riesgo para la salud que éste indudablemente conlleva y que la evidencia científica claramente soporta. Tener en cuenta el contexto jurídico del país implica entender que la ley colombiana protege la decisión de las mujeres cuando desean interrumpir un embarazo que pone en riesgo su salud y bienestar, independientemente de su edad, y más aún que protege de manera especial a los grupos más vulnerables, como las adolescentes, ya que en ellas se suman muchos factores que aumentan el riesgo en salud, configurándose de forma genérica una causal legal para la interrupción voluntaria del embarazo.

## Notas

1. Sentencia de la Corte Constitucional T-841-11, Magistrado ponente Humberto Antonio Sierra Porto, 3 de noviembre de 2011.
2. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 22° período de sesiones; 2000 (Tema 3 del programa. E/C.12/2000/4: ONU; 2000).
3. CEPAL. Panorama Social de América Latina. Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política, CAPITULO III, 2005.
4. Gomez P.I., Molina R., Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima Perú: FLASOG Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y ginecología; 2011.
5. UNICEF. Adolescence a time that matters. New York: The United Nations Children's Fund (UNICEF); 2002.

6. Ibíd. 3.
7. Kathryn Rawe. Every Woman's right: How family planning saves children's lives. Save the Children Fund. Julio 2012.
8. Ibíd. 3.
9. DANE (2010). Boletín Departamento Nacional de Estadística.
10. Irvine H., Bradley T., Cupples M., Boohan M. The implications of teenage pregnancy and motherhood for primary health care: unresolved issues. *Br. J. Gen Pract.* 1997 May;47(418):323-6.
11. Koniak-Griffin D., Turner-Pluta C. Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: a review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs* 2001;15:1-17.
12. Fraser A.M., Brockert J.E., Ward R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995;332:1113-7.
13. Chen X.K., Wen S.W., Fleming N., Demissie K., Rhoads G.G., Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2007 Apr;36(2):368-73.
14. Gibbs C.M., Wendt A., Peters S., Hogue C.J. The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012;26 Suppl 1:259-84.
15. Conde-Agudelo A., Belizan J.M., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:342-9.
16. Deal L.W., Holt V.L. Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health.* 1998Feb;88(2):266-70.
17. Schmidt R.M., Wiemann C.M., Rickert V.I., Smith E.O. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *J Adolesc Health.* 2006 Jun;38(6):712-8.
18. Figueiredo B., Pacheco A., Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(3):103-9.

19. Wolff L.C., Valenzuela X.P., Esteffan S.K., Zapata B.D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2009;74:151-8.
20. Bonilla-Sepúlveda Ó.A. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009: Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2010;61:207-13.
21. Mirowsky J., Ross C.E. Depression, parenthood, and age at first birth. *Soc Sci Med* 2002;54:1281-98.
22. Henretta J.C., Grundy E.M., Okell L.C., Wadsworth M.E. Early motherhood and mental health in midlife: a study of British and American cohorts. *Aging Ment Health* 2008;12:605-14.
23. Spence N.J. The Long-Term Consequences of Childbearing: Physical and Psychological Well-Being of Mothers in Later Life. *Res Aging* 2008;30:722-51.
24. Kalil A., Kunz J. Teenage childbearing, marital status, and depressive symptoms in later life. *Child Dev* 2002;73:1748-60.
25. Hofferth S.L., Reid L., Mott F.L. The effects of early childbearing on schooling over time. *Fam Plann Perspect* 2001;33:259-67.
26. Moore K.A., Myers D.E., Morrison D.R., Nord C.W., Brown B., Edmonston B. Age at first childbirth and later poverty. *J Res Adolesc* 1993;3:393-422.
27. Hofferth S.L., Reid L., Mott F.L. The effects of early childbearing on schooling over time. *Fam Plann Perspect* 2001;33:259-67.
28. Henretta J.C. Early childbearing, marital status, and women's health and mortality after age 50. *J Health Soc Behav* 2007;48:254-66.
29. Otterblad Olausson P., Haglund B., Ringbäck Weitoft G., Cnattingius S. Premature death among teenage mothers. *BJOG*. 2004 Aug;111(8):793-9.
30. Webb R.T., Marshall C.E., Abel K.M. Teenage motherhood and risk of premature death: long-term follow-up in the ONS Longitudinal Study. *Psychol Med*. 2011 Sep;41(9):1867-77.

31. Jaffee S.R. Pathways to adversity in young adulthood among early childbearers. *J Fam Psychol* 2002;16:38-49.
32. Gibbs C.M., Wendt A., Peters S., Hogue C.J. The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012;26 Suppl 1:259-84.
33. Conde-Agudelo A., Belizan J.M., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:342-9.
34. Fraser A.M., Brockert J.E., Ward R.H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995;332:1113-7.
35. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspect Sex Reprod Health* 2007;39:6-12.
36. Zabin L.S., Hirsch M.B., Emerson M.R. When urban adolescents choose abortion: effects on education, psychological status and subsequent pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1989;21:248-55.
37. Bailey P.E., Bruno Z.V., Bezerra M.F., Queiroz I., Oliveira C.M., Chen-Mok M. Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *J Adolesc Health* 2001;29:223-32.
38. Ana Cristina González Vélez. Causal salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. ISBN: 978-9974-7717-8-9 . Agosto 2008.
39. *Ibíd.* 26.

Grupo  
Médico  
POR EL DERECHO  
A DECIDIR:  
Global Doctors for  
Choice/Colombia