



El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina

Datos y hallazgos para orientar líneas de acción

Documento técnico N° 5

Mayo 2019

Indice

2	Introducción
3	¿Cuál es el nivel y la tendencia de la fecundidad adolescente e la Argentina?
3	¿Por qué es importante prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia?
5	¿Qué factores facilitan la prevención del embarazo no intencional?
6	¿Qué factores dificultan la prevención del embarazo no intencional?
8	¿Cuáles son las consecuencias más habituales del embarazo en la adolescencia?
10	¿Quiénes tienen mayores probabilidades de tener más de un hijo en la adolescencia? ¿Cuáles son las consecuencias de los embarazos repetidos?
11	El embarazo infantil forzado ¿Qué factores intervienen y cuáles son sus consecuencias?
13	A modo de conclusiones

Presentación¹

Para fortalecer la gestión e implementación basadas en información, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (en adelante, el Plan ENIA) elabora documentos técnicos que intercambia con sus Equipos Focales Territoriales Intersectoriales (EFTI) y agentes territoriales.

El Documento Técnico No 5, elaborado por la Dra. Mónica Gogna investigadora del CONICET y del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (UBA) analiza y discute resultados de investigaciones sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Su propósito es brindar información actualizada y destacar aquellos hallazgos que resulten pertinentes para la implementación de las diferentes líneas de acción del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia.

Se espera que los datos cuantitativos y cualitativos contribuyan a revisar algunas nociones de sentido común que suelen permear la manera en que profesionales, medios de comunicación y público en general conciben esta problemática. Los principales destinatarios de este documento son los equipos y agentes que trabajan en terreno en el marco del Plan ENIA.

La búsqueda bibliográfica incluyó artículos publicados en revistas científicas, “literatura gris” (presentaciones a congresos, tesis de grado y posgrado, documentos de trabajo) y publicaciones oficiales y de organismos internacionales (UNICEF y UNFPA).

Por último, este documento contó con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA Argentina).

¿Cuál es el nivel y la tendencia de la fecundidad adolescente en la Argentina?

En Argentina la tasa de fecundidad adolescente tardía² (15 a 19 años) descendió de manera lenta pero continua desde 80 nacimientos por mil adolescentes en 1980 hasta 56.7 por mil en 2003, fecha en que comenzó a ascender alcanzando en 2014 un valor de 65,1 por mil (Ministerio de Salud, 2016). En el 2015 se observó un leve descenso (62.6 por mil), que se habría intensificado en el 2016 (55.9 por mil) y en 2017 (53.1 por mil) según los datos preliminares disponibles (DEIS, 2016; 2017 y 2018). Es necesario esperar a ver si esta tendencia a la baja se confirma.

En términos comparativos, la fecundidad de Argentina se ubica por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (66,5 por mil en el período 2010-2015) y por encima del promedio mundial (46 por mil). Respecto de otros países de la región, en el período 2010-2015 fue superior a las de Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

Aunque las brechas entre jurisdicciones se han ido acortado, aún persisten importantes diferencias que en el 2017 iban desde el 20,24 por mil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) hasta el 82.5 por mil en Formosa, el 82 por mil en Chaco y el 81.4 en Misiones (DEIS, 2018). Pero también al interior de la CABA se registran diferencias. Las tasas de la Comuna 8 (Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati), que resultan las más elevadas, representan más del doble del promedio de la Ciudad (Carpinetti y Martínez, 2017).

La fecundidad temprana (10-14 años) fue en 2017 de 1,5 por mil y también presentó variaciones marcadas, con las tasas más altas

en las provincias del NEA (4,4 por mil en Formosa, 3,7 por mil en Chaco y 3,6 por mil en Misiones) (DEIS, 2018). Aunque en promedio, el 82% de los nacimientos de menores de 15 años corresponde a la edad 14 hay importantes diferencias entre jurisdicciones: en Misiones el 55 % corresponde al grupo de 10 a 13 años (Chejter e Isla, 2018).

Por último, si bien la mayor parte de las adolescentes experimentaban la maternidad por primera vez, un 18% tuvo un segundo hijo y un 3% el tercer hijo o más.

¿Por qué es importante prevenir y disminuir el embarazo en la adolescencia?

La maternidad en esta etapa de la vida es una manifestación de la inequidad social ya que afecta principalmente a las adolescentes de los estratos más vulnerables. Es más frecuente entre las residentes en áreas rurales, entre quienes viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas³, entre las migrantes recientes (en particular de Bolivia y Paraguay) y entre adolescentes de comunidades aborígenes.

¿Qué sucede con las adolescentes de comunidades aborígenes?

La fecundidad adolescente en comunidades aborígenes es superior al promedio (3.8% en las menores de 15 años frente al 1.6% promedio de ese grupo de edad) (PNSIA, 2018). Sin embargo, son escasos los estudios que analizan el comportamiento reproductivo de las mujeres de estas poblaciones y, menos aún, los que centran la atención en las niñas y adolescentes. Un estudio realizado en Jujuy concluyó que la gran

mayoría de quienes asisten a la escuela tiene información acerca de la reproducción pero que no ha incorporado ese conocimiento en prácticas preventivas, a pesar de que los agentes sanitarios ofrecen información sobre métodos anticonceptivos con el propósito de desalentar la maternidad y paternidad tempranas (Drovetta, 2012). A los obstáculos que en general dificultan el uso de métodos por parte de las y los adolescentes, se suman en este caso barreras de accesibilidad material y cultural a los servicios de salud, en los que se han denunciado vulneraciones de derechos, discriminación y violencia institucional hacia las mujeres de pueblos originarios (Vázquez Laba y Páramo Bernal, 2013).

Un estudio realizado por ELA (s.f.) arroja luz sobre las consecuencias perjudiciales del desconocimiento de las cosmovisiones indígenas por parte de las políticas públicas. Algunos testimonios de mujeres entrevistadas resultan por demás elocuentes:

Para la juventud, el Ministerio de Salud, manda todo tipo de personas para darnos pastillas anticonceptivas, mandan y mandan, pero no entienden que de la comunidad no vamos a dejar entrar a quien no conocemos, que no vamos a tomar una pastilla si no vemos que tiene un buen semblante en sus ojos (quien la reparte) (Mujer adulta, pueblo Guaraní) (p. 40)

Tienen que hablar con nuestras abuelas, y a ellas hay que hablarles en nuestro idioma. Hay que cambiar el modelo de salud, es muy cerrado, es solamente llenar planillas y hacer estadísticas. Así no funciona. Nosotras sabemos por experiencia que con un trato más humano, los planes funcionarían pero no así (Mujer joven, pueblo Guaraní) (p. 40)

Al tiempo que reportan estas barreras al

ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, las investigaciones señalan que se están produciendo cambios, especialmente entre las mujeres más jóvenes (Hirsch y Barúa, 2008; Drovetta, 2012; Vázquez Laba y Páramo Bernal, 2013). Aparece la idea de planificación de los hijos y de interrumpir un embarazo cuando consideran que esa gestación no debe seguir su curso. El problema reside en que la mayoría lo realiza en forma clandestina y en condiciones insalubres que ponen en riesgo sus vidas. Un estudio basado en los relatos de mujeres de diferentes comunidades aborígenes ubicadas en zonas rurales y/o periféricas de los centros urbanos de Jujuy, Salta, Tucumán, Misiones, Chaco y Formosa reporta que son generalmente las adolescentes de pueblos originarios quienes se practican abortos con métodos tradicionales (cáscara de quebracho blanco hervida) mientras que las criollas demandan más las “pastillas del día después” (Vázquez Laba y Páramo Bernal, 2013).

Según un estudio realizado en Santiago del Estero, Chaco, Misiones y GBA, más de la mitad de las adolescentes madres estaba fuera del sistema educativo al momento del primer embarazo (55%), y entre quienes no asistían a la escuela, la mayoría no había completado el ciclo medio (Binstock y Gogna, 2014). Quienes han indagado las trayectorias educativas de las adolescentes madres indican que el abandono escolar antes del embarazo está relacionado con las condiciones de vida hostiles, las relaciones de pareja, entornos poco motivadores, tener que trabajar o cuidar familiares y, en gran medida, con las propias experiencias escolares (Fainsod, 2012; Climent, 2002). Al respecto, se ha señalado que la institución escolar suele desconocer las desiguales condiciones y oportunidades que hacen que

los alumnos de los estratos más vulnerables no se ajusten a las expectativas hegemónicas respecto del rendimiento escolar (Kaplan y Fainsod, 2001).

En síntesis, la maternidad temprana es en gran medida el resultado de la exclusión social. Y, a su vez, afecta las oportunidades educativas y laborales y, por tanto, el futuro de las jóvenes, quienes afrontan la transición a la adultez con menores recursos (el 20% de las madres de 19 años han finalizado los estudios secundarios, proporción que casi se triplica (56%) entre quienes no han sido madres) (UNICEF, 2017a).

Un segundo aspecto por el cual la maternidad adolescente merece atención es porque se trata mayoritariamente de embarazos involuntarios. El 58.9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83.4% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales (PNSIA, 2018). Estudios basados en encuestas a adolescentes de 15 a 19 años indican un porcentaje similar para diferentes órdenes de nacimiento (primer hijo, segundo) y generaciones (Gogna y col, 2011; Binstock y Gogna, 2014)⁶. Como en otros países de la región, la baja “deseabilidad” de los embarazos en esta etapa de la vida está relacionada con una cultura que no reconoce la condición de sujetos sexuales de las y los adolescentes en tanto no les provee educación sexual integral y no facilita el acceso a anticonceptivos eficaces ni al aborto seguro (Rodríguez Vignoli, 2014).⁵

En tercer lugar, el embarazo y el parto, especialmente en las menores de 15 años, aumentan los riesgos para la salud y para la vida. Ellas siguen teniendo mayor riesgo de mortalidad materna como resultado de factores biológicos (como la maduración insuficiente del aparato reproductor) y factores socioeconómicos y geográficos como el acceso deficiente a la atención de salud en zonas rurales remotas, los sesgos

asociados a las minorías étnicas, la estigmatización y la pobreza (OPS-FNUAP-UNICEF, 2018). A su vez, la proporción de nacimientos de bajo peso y la de prematuros se incrementan en la adolescencia y en mayor magnitud en las edades más tempranas. Las tasas de mortalidad fetal y mortalidad infantil son significativamente más altas entre las menores de 15 con respecto a las madres de las demás edades (Pantelides, Marconi y Fernández, 2014; ASUMEN, s.f.). El desglose de la tasa de mortalidad infantil entre las mujeres menores de 20 años arroja valores de 13,6 y 9,1 por mil para los grupos de edad 10-14 y 15-19 respectivamente (Secretaría de Gobierno de Salud-UNICEF, 2018).

Por último, en un contexto legal restrictivo como el argentino⁶, las adolescentes que deciden interrumpir embarazos no intencionales se exponen a riesgos para su vida y su salud. En 2013 (último año informado), se registraron 462 egresos hospitalarios de niñas entre 10 y 14 años de edad y 8200 de adolescentes de 15 a 19 años que estuvieron internadas por complicaciones de aborto (DEIS, 2015), lo que constituye un dato preocupante y una cuestión de la que sabemos poco más allá de su magnitud.

¿Qué factores facilitan la prevención de los embarazos no intencionales?

Examinar desde una mirada longitudinal y con una perspectiva de curso de vida los factores que propician la maternidad temprana indica que la permanencia en el sistema educativo, al igual que ciertas características del entorno familiar (presencia de ambos padres, adhesión familiar a creencias religiosas, mayor clima educativo del hogar, etc.), retrasan la iniciación sexual,

que es clave en la cadena de eventos que pueden conducir a la maternidad durante la adolescencia. Ahora bien, una vez producida la iniciación sexual, la probabilidad de convertirse en madre está estrechamente relacionada con tres factores. En primer lugar, la escolaridad (el abandono escolar duplica las chances de tener un hijo). Segundo, haber tenido educación sexual (especialmente si fueron varias clases o charlas antes y después de la iniciación sexual) disminuye las probabilidades de un embarazo. Tercero, haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual, considerado un predictor de uso futuro, también disminuye las chances de ser madre en la adolescencia (Binstock, 2017)

¿Qué factores dificultan la prevención de los embarazos no intencionales?

Si bien la gran mayoría de los embarazos en la adolescencia no son intencionales, la utilización de métodos anticonceptivos es baja o no sistemática (Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2007; Fundación Huésped-UNICEF, 2012; Zamberlin et al, 2017). Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, las adolescentes utilizan mayoritariamente anticonceptivos hormonales (57,1%), de barrera (41,8%) y DIU (0,8%) (INDEC, 2013).

Una encuesta a 1.571 adolescentes y jóvenes reveló que solo una de cada cinco entrevistadas que no buscaban un embarazo se cuidaba sistemáticamente (la mayoría con preservativo) al primer embarazo. Entre quienes tuvieron un segundo embarazo antes de los 20 años, la proporción que usaba un método anticonceptivo era mayor (casi el doble). Sin embargo, a pesar de que muchas habían reemplazado el preservativo por los anticonceptivos orales, tampoco lograron prevenir ese segundo embarazo (Binstock y Gogna, 2014).

Diversos son los factores que subyacen a esta aparente incongruencia entre no querer un embarazo y no usar de forma sistemática y eficaz un método anticonceptivo. El acceso a información no transforma de inmediato las prácticas sexuales instaurando conductas de protección que disminuirían o eliminarían los embarazos no intencionales (Paiva, 2006; Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2007). La anticoncepción es parte de una experiencia subjetiva que se adquiere en el tiempo, en el curso de relaciones afectivo-sexuales permeadas por las asimetrías de género. De ahí la importancia de la educación sexual integral en espacios de intercambio y reflexión que permitan a los jóvenes posicionarse como sujetos que puedan hacer uso efectivo de sus derechos (Schiariti y Gallo, s.f.).

Anticoncepción - Testimonios de no uso/uso asistemático

“Si yo le decía, él se cuidaba. Si no, no”. (¿Y de qué dependía que vos le dijeras?) “De que en ese momento pensara. Y... porque a veces pensaba (se ríe) que podía quedar embarazada... otras veces no... Como cualquier adolescente” (Luz, Santiago del Estero, parto a los 18 años).

“No habrá pasado muchas veces que no nos cuidamos” (Mariela, Chaco, parto a los 19 años).

“Frecuentemente nos cuidábamos, pero había ocasiones que nos encontrábamos y no había con qué cuidarse, y ahí quedé embarazada!”. (¿Tenías que insistirle con el preservativo?).

“No! Era mutuo, porque obvio que... (yo tenía 16 y él tenía 17)... que no queríamos tener hijos. Y bueno, en una de esas, teníamos ganas como dice él, y pasó...” (Natalia, Santiago del Estero, parto a los 16).

La consejería anticonceptiva, por tanto, debe tener en cuenta la compatibilidad del método indicado con el contexto de vida afectivo-sexual, las representaciones sobre la sexualidad (sexo como algo espontáneo, “natural”), la desigualdad de poder entre los géneros y la ambivalencia del deseo de tener hijos⁷.

En muchas ocasiones los prejuicios, mitos, temores y concepciones infundadas del personal de salud actúan como barreras al acceso de las y los adolescentes a los métodos. Algunos profesionales desconocen el marco legal y otros no aplican las disposiciones por temor a un conflicto legal con los padres o adultos responsables. Muchas veces se exige la compañía o autorización de adultos para recibir atención o entrega de métodos anticonceptivos y esto es más frecuente cuanto menor es la edad del adolescente (UNFPA, 2016).

Otros problemas que afectan la accesibilidad a los métodos pueden ser la discontinuidad en la disponibilidad de insumos, la localización y características de los servicios de salud, la gratuidad⁸ y/o una oferta de métodos que no necesariamente se condice con las preferencias de las adolescentes. Un estudio multicéntrico sobre provisión de métodos en el pos evento obstétrico realizado en Posadas, San Juan y Pilar (Pcia de Buenos Aires) mostró que a pesar de que el 40% de las adolescentes había manifestado su preferencia por el DIU y el inyectable, la mayor parte recibió anticonceptivos orales y preservativos, métodos que utilizaban al momento de quedar embarazadas (Zamberlin y col, 2017).

De hecho, hasta hace muy poco tiempo la oferta de métodos no incluía prácticamente los de mediana y larga duración. El implante subdérmico fue incorporado a la canasta de métodos anticonceptivos recién en 2014 e inicialmente estuvo destinado a las adolescentes de 15 a 19 años sin obra social o prepaga que hubieran tenido al

menos un evento obstétrico (parto/cesárea o aborto) en el año previo a la colocación y que residieran en las jurisdicciones con las mayores tasas de fecundidad adolescente⁹. Una encuesta a una muestra de 1.101 usuarias reveló un alto grado de satisfacción (en torno al 9.4 en una escala de 1 a 10 para adolescentes y mujeres jóvenes) y una tasa de remoción de 11.9% (11% entre 15 y 19 años y 15% entre 20 y 24 años), levemente menor que la reportada en estudios internacionales¹⁰. El asesoramiento anticonceptivo tuvo un impacto positivo y estadísticamente significativo sobre la comodidad manifestada por la usuaria y la adherencia al método (es más probable que la usuaria que lo elige conociendo los posibles efectos secundarios, lo mantenga colocado aunque estos se presenten) (Secretaría de Gobierno de Salud-Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

Otro factor que conspira contra la posibilidad de prevenir embarazos no intencionales es la subutilización (o utilización incorrecta) de la anticoncepción hormonal de emergencia (en adelante AHE). Según una encuesta a adolescentes de 18 y 19 años de provincias del NOA y NEA, la AHE era conocida por algo más del 70% (menor conocimiento que los otros métodos) y, de ellas, una de cada cuatro la había utilizado el año anterior (Gogna y Binstock, 2017). Diversos estudios han mostrado que las principales barreras al uso de la AHE son el bajo conocimiento por parte de la población, que generalmente accede a información por canales informales, y la actitud reticente de médicos y otros profesionales de salud a prescribirla y entregarla. (Pecheny y Tamburrino, 2009; Szames, Vázquez y Discacciati, 2012; Carpineta, 2013; Domínguez, 2015).

¿Cuáles son las consecuencias más habituales del embarazo en la adolescencia?

Tres son las principales consecuencias del embarazo en la adolescencia:

a) el abandono escolar

En general, el embarazo suele poner fin a trayectorias educativas que ya presentaban algunas dificultades, según se infiere de datos de repitencia y sobre-edad y del hecho de que el abandono suele producirse ni bien conocen la noticia o en los primeros meses del embarazo.

Diferentes encuestas indican que de cada 10 adolescentes que asistían al momento del embarazo, seis abandonan la escuela (Gogna y col. 2005; Fainsod, 2012; Binstock y Gogna, 2014). Los motivos manifestados por las adolescentes son: “no querer estudiar”, el temor a la discriminación (en ocasiones efectiva y, en otras, anticipada) y, en menor medida, aspectos relacionados con el cuidado del embarazo.

Es altamente probable que estas proporciones difieran en contextos en los que existen programas destinados a darles contención y atender a sus necesidades específicas. El Programa de Retención Escolar para alumnas embarazadas, madres y alumnos padres en Escuelas Medias y Técnicas de la Ciudad de Buenos Aires¹¹ y el de Salas Maternales de la Provincia de Buenos Aires (UNICEF, 2017; Giannasi, 2014) han arrojado buenos resultados y pueden resultar orientativos de acciones a implementar en otras jurisdicciones.

Asimismo, existe evidencia de que en ocasiones, la maternidad –como la paternidad– impulsa a volver a estudiar. Por una parte,

porque se considera que la educación potencia las posibilidades de ingreso al mercado de trabajo y, por tanto, de dar un futuro mejor al hijo. Por otra, porque asistir a la escuela es una forma de «quebrar el aburrimiento de la cotidianidad de lo doméstico y la crianza» (Fainsod, 2012).

b) inducir la unión.

El primer embarazo ocurre mayoritariamente en el contexto de relaciones de noviazgo, en general de corta duración, y –en menor medida– de uniones consensuales. En el estudio en cuatro provincias, algo más del 60% de quienes estaban de novias pasaron a convivir con el padre del hijo, proporción que se incrementó conforme a la duración del noviazgo (casi tres de cada cuatro entre quienes estaban en relaciones de una duración de al menos nueve meses). Una proporción no menor de los padres eran también adolescentes (el 38% de ellos tenía la misma edad que la chica o hasta dos años de diferencia) (Binstock y Gogna, 2014).

¿Qué sabemos acerca de los padres adolescentes?

La paternidad en la adolescencia ha recibido mucha menor atención que la maternidad y los resultados de los estudios, de carácter cualitativo, muestran coincidencias y discrepancias. Mientras algunos sostienen que los adolescentes dejaron la escuela ante la demanda social de convertirse en proveedores (Fernández Romeral, 2017) otros sostienen que la mayoría había abandonado la escuela antes de enterarse que iba a ser padre y que muchos de ellos intentaron insertarse nuevamente luego de recibida la noticia (Panisse, 2017). En relación con el sentido que los varones adolescentes otorgan a la paternidad, los estudios también reflejan una diversidad de experiencias. Un estudio multicéntrico con adolescentes

escolarizados de 4 provincias (Entre Ríos, Tucumán, Chubut, Buenos Aires) y CABA registra un rechazo generalizado a la paternidad, que es percibida como “el fin de la adolescencia”, y preocupación por la falta de apoyo de sus padres ante esa eventualidad (Escobar (coord.), 2017). Otros coinciden en que la paternidad genera miedo a la reacción de los adultos y a las limitaciones para los proyecto de vida pero destacan rasgos positivos como la reafirmación de la virilidad y la imagen de una hombría adulta o que la paternidad es vivida como un punto de inflexión en el crecimiento personal que permite encauzar o definir sus proyecciones futuras y enfrentar la vida con mayor madurez (Villa, 2001; Girard, 2017; Panisse, 2017). Más allá de estas diferencias, los estudios coinciden en que las tareas de cuidado de los hijos continúan recayendo en las adolescentes y que se reproducen los roles tradicionales de género. La paternidad aparece, en el mejor de los casos, desde el lugar del acompañamiento (Fracchini y col., s.f) por lo que resulta importante que escuelas y efectores de salud promuevan el involucramiento del varón en las tareas de cuidado de sus hijos.

La convivencia implica generalmente una alta frecuencia de relaciones sexuales y, por tanto, la consejería y la oferta de métodos en el pos parto es clave para prevenir la repetición del embarazo. Un estudio realizado hace 5 años en tres jurisdicciones identificó oportunidades perdidas en esta instancia: solo 4 de cada 10 puérperas se fueron de alta con un método (Zamberlin y col, 2017).

c) expone a abortos inseguros

Dadas las restricciones del contexto legal vigente, sólo podemos aproximarnos a este dato a partir de los egresos por complica-

ciones de aborto. Todos los años un importante número de niñas y adolescentes (8662 en 2013) son internadas en hospitales públicos por esta causa. La cifra debe considerarse como un proxy de la ocurrencia de complicaciones ya que la centralización de ese indicador presenta dificultades y además contabiliza sólo la ocupación de cama y no la atención por guardia (Ministerio de Salud, 2016).

En 2016, el embarazo terminado en aborto y la septicemia y otras complicaciones del puerperio fueron responsables del 41% de las muertes maternas¹² en adolescentes (Secretaría de Gobierno de Salud-UNICEF, 2018)

Producto de la clandestinidad y el estigma que tiene el aborto en contextos legales restrictivos, existe escasa información acerca de las características de las adolescentes que abortan, las circunstancias y los métodos utilizados. Según el estudio multicéntrico sobre anticoncepción en el pos-evento obstétrico, 8 de cada 10 adolescentes internadas por complicaciones de aborto estaban en pareja y el 30% de ellas convivía. Ellas recibieron consejería anticonceptiva en menor proporción que las adolescentes internadas por parto, lo que indica fallas en la aplicación del protocolo de atención posaborto (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

También es escasa la información publicada acerca de la aplicación de la “estrategia de reducción de riesgos y daños”¹³. Esta estrategia, que es parte del abordaje integral para evitar el aborto inseguro y sus consecuencias, consiste en que el profesional desaliente a la paciente a que incurra en prácticas peligrosas para su salud y que le aconseje para que, si tomó la decisión de terminar su embarazo, lo haga de la manera más segura posible (CLACAI-IPPF-FUSA, 2012). Es posible que en algunos contextos y/o servicios de salud aún apliquen los hallazgos de un estudio cualitativo que exploró el

conocimiento y la aceptabilidad de esta estrategia entre profesionales de salud. Una mayoría desconocía en qué consistía o creía que la práctica no era legal. Entre quienes la implementaban, no se observaron consensos de abordaje institucional de los casos, sino que se trataba más bien de esfuerzos aislados de profesionales sensibilizados (Zamberlin y col., 2014).

Es insuficiente también el conocimiento producido sobre interrupción del embarazo con medicamentos¹⁴, particularmente en el caso de las adolescentes. Uno de los primeros estudios destacó la importancia de que las adolescentes cuenten con asesoramiento médico e información adecuada sobre el misoprostol (Vázquez y col, 2006). Otro, que incluyó adolescentes mayores (18-19 años) de dos sectores sociales, indicó que las adolescentes de sectores populares expresaron mayores temores y dudas ante las posibles complicaciones que las adolescentes de clase media, cuyo circuito de referencia estuvo más cercano al ámbito de la medicina (Petracci y col., 2012)¹⁵.

Con respecto al acceso de las adolescentes a la interrupción legal del embarazo (ILE) - incluido en el objetivo 4 del Plan ENIA- datos de la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) indican que, hasta febrero de 2018, dos de cada diez mujeres que accedieron a un aborto legal tenían 19 años o menos.

¿Qué adolescentes tienen mayores probabilidades de tener más de un hijo en la adolescencia? ¿Cuáles son las consecuencias de los embarazos repetidos?

Si en general se enfatiza la importancia de que las adolescentes posterguen la maternidad para que vivan ese período de la vida plenamente y adquieran las calificaciones y habilidades para hacer una transición a la vida adulta con mayor preparación, la repetición de la maternidad es aún menos deseable. Además de otras dificultades, particularmente las relativas a la continuidad escolar, se agregan cuestiones vinculadas a la salud como las posibles consecuencias de intervalos intergenésicos más breves de lo recomendable. Que el segundo embarazo sea también mayoritariamente no planificado (Binstock y Gogna, 2014), deja en evidencia el fracaso del sistema de salud sobre el seguimiento y consejería anticonceptiva de las adolescentes madres.

Un análisis realizado en base a los nacimientos del año 2014 muestra que casi una de cada siete madres de 17 años registra un hijo de segundo (o mayor orden), proporción que aumenta al 22% entre las de 18 años y al 30 % entre las de 19 años. Las diferencias regionales en cuanto a la repetición de la maternidad en la adolescencia son importantes. Mientras en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 22.5% de las madres de 19 años registran un hijo de segundo (o mayor) orden, esta proporción asciende al 37% en Chaco y Misiones (Binstock y Gogna, 2017). Datos de una encuesta indican que los segundos embarazos se producen más en el contexto de uniones (el 60% con la misma pareja que el primero) y que son reportados

como buscados en mayor proporción cuando se trata de nuevas parejas. (Binstock y Gogna, 2014).

La edad a la iniciación sexual, la religiosidad, el no uso de un método anticonceptivo en la iniciación sexual y no haber recibido un método inmediatamente luego del parto del primer nacido vivo son factores que inciden en la probabilidad de tener dos o más hijos antes de los 20 años (Binstock, 2017).

La repetición del embarazo es más frecuente entre adolescentes que provienen de los grupos sociales más vulnerables o empeora condiciones de vida de por sí difíciles según se desprende de los datos del último censo nacional. La proporción de adolescentes de 19 años con alguna necesidad básica insatisfecha era del 40.5% entre quienes tenían dos o más hijos, del 21.5% entre las que tenían un hijo y del 10.2% entre las no madres (Binstock, 2017).

El embarazo infantil forzado ¿Qué factores intervienen y cuáles son sus consecuencias?

El “embarazo infantil forzado” ocurre cuando una niña (menor de 14 años) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. El mismo puede ser producto de una violación sexual¹⁶ o provenir de una relación sexual consensuada, en la que la niña no conocía las consecuencias o conociéndolas no pudo prevenirlas. Es el caso de niñas que no han tenido educación sexual o, habiéndola tenido, no pudieron acceder a métodos de prevención de los embarazos y de anticoncepción de emergencia (CLADEM, 2016). Los embarazos infantiles forzados son producto de un entretrejido de factores entre los que se destacan la pobre-

za, las uniones tempranas aceptadas por familias y comunidades, la falta de escolaridad, la violencia sexual ejercida por integrantes de la familia o el entorno cercano y la falta de acceso a educación sexual y servicios de salud accesibles y amigables (UNFPA, 2013; PLAN-UNICEF, 2014; Planned Parenthood,s.f.; CLADEM, 2016; UNICEF, 2017).

En 2017 hubo 2493 nacimientos de madres de 14 años o menos. En 2014 (último año con información disponible por edades simples) el 82 por ciento de los nacimientos de menores de 15 años correspondían a chicas de 14 años y el 18 por ciento restante a niñas de 13 o 12 años o incluso menores.

En general, las madres precoces son una población especialmente vulnerable. Están en desventaja en relación a la condición de la vivienda en la que habitan y la cobertura de salud y trabajan o buscan trabajo con mayor frecuencia que sus pares no madres. A su vez, como vimos, tienen la mayor incidencia de hijos con bajo peso, aun cuando la proporción ha disminuido levemente en la última década. Una de cada tres madres menores de 15 años convive en pareja. Ellas tienen tasas más bajas de asistencia escolar que las que continúan viviendo en sus hogares de origen (y son hijas del jefe o jefa del hogar) (UNICEF, 2017)

El módulo cualitativo del estudio auspiciado por UNICEF identificó embarazos producto de violación (al menos dos de un total de 20 casos), situaciones “dudosas”¹⁷ y una mayoría de embarazos producto de relaciones con parejas con importantes diferencias de edad, lo que podría sugerir desigualdad de poder en la toma de decisiones respecto de las relaciones sexuales, el cuidado anticonceptivo y el deseo de maternidad/paternidad (Gogna y Binstock, en prensa).

Embarazo infantil forzado

Belén tenía 11 años cuando quedó embarazada, producto del abuso sexual de su padrastro. El embarazo –que ya estaba avanzado– fue descubierto por la médica de la salita cuando la madre llevó a la niña porque tenía fiebre. La médica indicó a la madre que hiciera la denuncia y luego, al enterarse que no la había hecho, radicó la denuncia, tal como prevé la ley 24417 (1995) de Protección contra la violencia familiar¹. Como el caso se judicializó, Belén estuvo internada en el hospital por algún tiempo, luego fue trasladada a un albergue para madres y volvió al hospital para que le practicaran la cesárea. Durante la estadía en el hospital fue tratada por el equipo de salud mental y luego, cuando se fue a vivir con su tutora (una tía) continuó con apoyo psicológico en un centro de salud especializado en adolescencia. Belén pasó los primeros quince días desde el parto con prohibición de acercamiento por parte de cualquier persona, por disposición del Juez de Familia².

Cuando la prueba de ADN indicó que la pareja de la madre era quién había abusado de ella se produjo una conmoción familiar. La madre, lejos de protegerla, la acusaba. "Mi mamá fue cómplice de lo que me pasó", señaló la adolescente en la entrevista. Como señala el estudio de CLADEM (2016) cuando el abuso ocurre en el entorno familiar, sobreviene una crisis. En algunos casos se culpa a la niña por hacer público un hecho que para muchas familias es preferible mantener en secreto. Si el perpetrador se retira o es retirado del hogar, puede suceder que la niña sea acusada de haber dividido a la familia o haberla dejado sin sustento. Todo el escenario es de un alto nivel de sufri-

miento para las niñas, con gran conmoción subjetiva, ya que todos los pilares y estructuras de la familia se tambalean. Algunas de las personas que debían protegerla, criarla y darle afecto, fueron responsables o cómplices del abuso, o la acusan por denunciarlo.

Los testimonios indican que la maternidad significó un cambio muy importante en la vida de las niñas (quienes dejaron la escuela y vieron restringidas sus posibilidades de relacionarse con pares) y una experiencia ardua: muchas manifestaron dificultades para relacionarse con sus hijos e hijas y expresaron sentimientos de enojo, frustración, cansancio e impotencia. Una minoría, en cambio, relativizó la importancia de las salidas y encuentros con amigas o destacó que la maternidad las había ayudado a madurar.

La gran mayoría de las niñas vivía con su familia de origen. Además de no convivir con sus hijos, los co-gestantes no contribuían a su sustento ni tenían vínculos con ellos, siendo generalmente la madre o la abuela de la adolescente la persona que proveía apoyo económico y ayuda con la crianza o de hecho criaba al bebé como si fuera su hijo, como también indican otros autores (Coll, 2001; SAP, 2010).

Las niñas que manifestaron intención de interrumpir la gestación no lograron hacerlo, a pesar de que se trataba de abortos no punibles (embarazos producto de violación o que, por la edad, suponen riesgos para la vida y la salud). Algunas de las razones por las que no se accedió a la ILE fueron que los embarazos se descubrieron tardíamente¹⁸, las niñas recibieron presiones del entorno cercano para proseguir con la gestación, desconocían métodos seguros para interrumpir embarazos o no tuvieron acceso a conse-

jería respecto del uso del misoprostol, que resultó ineficaz.

Aun cuando por la naturaleza del estudio los hallazgos no pueden generalizarse, los relatos sobre la atención del parto pusieron de manifiesto episodios de trato deshumanizado, discriminatorio y humillante (tanto con adolescentes indígenas como no indígenas) que encuadran dentro de la definición de violencia obstétrica.¹⁹

Violencia obstétrica en menores de 15 años

Romina tiene 14 años y una hija de dos meses. Pertenece a la etnia qom y vive en un paraje vecino a Castelli (Provincia del Chaco). Cuando se internó para el parto, una cuñada tuvo que pedir a los médicos que le dieran un calmante porque estaba con mucho dolor. Luego, cuando nació su hija le dijeron que había nacido "con color" pero ni ella ni sus familiares recibieron explicaciones claras respecto del tratamiento. "Al día de hoy aún no le dicen qué tiene", señaló su hermana, que ofició de intérprete durante la entrevista, realizada dos meses después del parto.

Cuando entré adentro y mi mamá entró conmigo, el doctor le dijo "no, sólo 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 maricon, ya empecé a temblar. Me dijo "ite pregunté algo!, ¿no me vas a contestar?", me decía así y yo le miraba. (Melina, Misiones. Parto a los 14 años).

El maltrato empezó cuando tenés que bañarte en iodo y ya estaba súper descompuesta y mareada y les decía que no me podía mantener parada y me dijeron "y bueno, hacete cargo de tus actos y andá a bañarte", y yo no podía,

no podía porque no me podía mantener parada y quería vomitar, estaba con la presión baja. Después en el momento de toda la operación me trataron bien digamos. (Soledad, Misiones, parto a los 14).

En cuanto al abordaje institucional del embarazo precoz por parte del sistema de salud, un estudio realizado por el PNSIA en Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires identificó diversos nudos críticos. A saber: a) detección tardía del embarazo, b) inexistencia de guías o protocolos de atención, c) indagación acerca de las circunstancias en que se produjeron los embarazos sujeta a la iniciativa y formación de cada profesional y d) falta de seguimiento de la niña luego del alta hospitalaria (PNSIA, 2018). En base a ese diagnóstico el PNSIA está elaborando, en convenio con UNICEF y la SAP, una Hoja de ruta para la atención diferenciada e integral de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años.

A modo de conclusiones

La evidencia provista en este documento subraya la importancia de continuar trabajando en la prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia vistas las consecuencias que las investigaciones han descripto con detalle (abandono escolar, riesgos para la salud integral, particularmente en el caso de las madres precoces y sus hijos, morbi-mortalidad resultante del aborto inseguro, empeoramiento de condiciones de vida ya de por sí precarias).

Los datos cuantitativos han demostrado el papel fundamentalmente que tiene la provisión de bienes y servicios por parte del estado (educación, ESI y métodos anticon-

ceptivos) en la posibilidad de las y los adolescentes de prevenir embarazos no intencionales. La probabilidad de convertirse en madre en la adolescencia es menor entre las chicas que asisten a la escuela, han tenido varias clases o charlas de educación sexual (antes y después de su iniciación) y han usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual. Esto no significa desconocer que además del conjunto de acciones previstas en el Plan ENIA son necesarias políticas de reducción de la pobreza, que es un determinante clave del embarazo no intencional en la adolescencia. Lo mismo ocurre con los esfuerzos destinados a evitar el abandono escolar, que en una importante proporción precede al embarazo no intencional en la adolescencia.

Los hallazgos también permitieron identificar patrones de comportamiento y factores que obstaculizan o facilitan la implementación de las diferentes líneas de acción del Plan ENIA.

Las dificultades para el uso sistemático y adecuado de los métodos (que no es resultado de falta de información o desconocimiento de su existencia) ponen de relieve la pertinencia de la educación sexual integral (con perspectiva de género y derechos) en modalidades participativas que faciliten a los adolescentes apropiarse de los recursos necesarios para concretar sus aspiraciones de postergar la maternidad/paternidad. La articulación entre las asesorías integrales en las escuelas y los centros de salud resulta una estrategia apropiada para evitar los problemas de accesibilidad (material y cultural) reseñados por algunos estudios. En el caso de las niñas y adolescentes de pueblos originarios se debe tener en cuenta las barreras adicionales que ellas enfrentan. No se trata solo de que los sectores educación y salud implementen estrategias para “superar la barrera lingüística” (capacitar docentes y agentes sanitarios de las comunidades). Los hallazgos de las investigaciones señalan la necesidad de ampliar la cobertura

y mejorar la calidad de los servicios incluyendo un enfoque intercultural respetuoso de las cosmovisiones de las diferentes etnias. La literatura especializada indica que puede resultar estratégico conformar redes y alianzas con actores institucionales y organizaciones de la sociedad civil que promuevan el empoderamiento de las y los jóvenes indígenas (Rodríguez, 2012).

Respecto de los métodos anticonceptivos, los resultados de las investigaciones avalan la pertinencia de continuar con la política de diversificar la oferta incluyendo las opciones de mediano y largo plazo tales (DIU, implantes e inyectables) vistas las dificultades manifestadas con el uso de hormonales y preservativos, las preferencias expresadas por las adolescentes y la satisfacción de las usuarias con el implante.

Fortalecer la oferta y entrega de métodos en el posparto (que redundará claramente en la prevención de nuevos embarazos) así como en el posaborto resulta estratégico. Como también lo es facilitar el acceso oportuno a la anticoncepción hormonal de emergencia, un recurso subutilizado que contribuiría a reducir los embarazos no intencionales. A pesar de que el marco normativo y las directivas son claras, la implementación de estas líneas de acción suele enfrentar obstáculos de diverso tipo (político-ideológicos, culturales, criterios profesionales, etc.). La capacitación de los equipos de salud en el marco legal, la perspectiva de género y derechos, los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la colocación y remoción de métodos anticonceptivos de larga duración son algunas estrategias posibles para superar estos obstáculos.

Es importante que los profesionales conozcan las preferencias de las usuarias por los diferentes métodos y el valor que ellas le asignan a la consejería (por ejemplo, el

impacto positivo que el asesoramiento ha tenido en la adherencia al implante). Ofrecerles evidencia sobre el grado de conocimiento y uso de la AHE por parte de la población adolescente puede contribuir a disipar mitos y prejuicios y aumentar así su disponibilidad a informar y entregar este método.

Para concluir, unas breves reflexiones acerca de la prevención y reducción del embarazo infantil forzado, que requiere de la implementación de acciones específicas (UNFPA, 2013; PLAN-UNICEF, 2014; Planned Parenthood,s.f.; CLADEM, 2016).

Como lo indica el Objetivo 4 del Plan ENIA, es prioritario fortalecer las políticas para la prevención del abuso, la violencia sexual y el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente.

Para ello resulta imperioso implementar campañas de visibilización y desnaturalización de la violencia sexual y fortalecer las redes comunitarias y organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención del abuso sexual.

También es clave desarrollar protocolos y guías de acción interinstitucionales (educación, salud, justicia, organismos de protección) que faciliten la detección y abordaje interdisciplinario de los abusos sexuales, de modo de detener la situaciones abusivas y proteger a las víctimas (Chejter e Isla, 2018), quienes tienen probabilidades de experimentar secuelas emocionales como estrés postraumático, depresión e ideas suicidas (Planned Parenthood, s/f; Jejeebhoy y Bott, 2003).

Asimismo se deben facilitar los procesos administrativos de la denuncia y garantizar que durante el proceso penal la niña sea protegida y no estigmatizada ni culpabilizada por lo sucedido y que el abusador reciba y cumpla su condena.

Garantizar el acceso de las menores de 15 años a la ILE, contemplada en la legislación argentina bajo la causal salud y la causal violación (PNSSyPR, 2015), es la responsabilidad indeclinable de un estado que no ha protegido a las adolescentes más jóvenes de las múltiples vulneraciones y carencias que el embarazo infantil expresa.

Notas

¹ El uso de un lenguaje inclusivo es una de las preocupaciones de la autora y de los editores. Sin embargo, dado que no hay acuerdo sobre la manera de hacerlo en castellano y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar el femenino y el masculino en simultáneo para visibilizar la existencia de todos los géneros, se optó por emplear el genérico tradicional masculino. Se entiende que todas las menciones en genérico representan siempre a todos los géneros, salvo cuando se especifique lo contrario.

² La tasa de fecundidad expresa el número de nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años, en un año, por cada mil mujeres de ese grupo de edad.

³ El concepto de necesidades básicas insatisfechas (NBI) permite la delimitación de grupos de pobreza estructural y representa una alternativa a la identificación de la pobreza considerada exclusivamente como insuficiencia de ingresos. Por medio de este abordaje se identifican dimensiones de privación absoluta y se enfoca la pobreza como el resultado de un cúmulo de privaciones materiales esenciales.

⁴ Las adolescentes que ya convivían al momento de quedar embarazadas lo “planificaron” con mucha mayor frecuencia que aquellas que no convivían (85% frente al 26%) y entre las no unidas la proporción aumentaba conforme la duración del noviazgo (Binstock y Gogna, 2014).

⁵ Una situación que amerita una atención especial es la de niñas y adolescentes con discapacidad, quienes se ven expuestas a mayores situaciones de violencia, tienen poco conocimiento sobre su salud sexual y reproductiva y mayor dificultad o imposibilidad de acceder a educación sexual integral y a anticoncepción. Ver: El Plan ENIA y la perspectiva de la discapacidad. Documento Técnico N° 3. Marzo de 2019.

⁶ El Código Penal Argentino en el artículo 86 reconoce determinadas excepciones en las que el aborto no es punible cuando es practicado por un médico diplomado y con el consentimiento de la mujer: (1) si el aborto “se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”, y (2) “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para realizar el aborto”.

⁷ La cuestión del embarazo planificado o no planificado, lleva inevitablemente a introducirse en el complejo tema del deseo de ser madre que, no puede ser analizado exclusivamente desde la vertiente socio-cultural, visualizándolo como un mandato de género, sino que es preciso considerar también los aspectos socio-psicológicos involucrados en él (Greco, 2008).

⁸ De acuerdo con la ENSSyR 2013 solo el 41.3% de las adolescentes había recibido un método anticonceptivo de forma gratuita.

⁹ A partir del 2015 la oferta se extendió a todas las mujeres de 15 a 24 años sin obra social o prepaga.

¹⁰ Los principales motivos de retiro del implante se asocian a efectos secundarios tales como ausencia o aumento del sangrado menstrual, el aumento de peso y la cefalea.

¹¹ El Programa funciona desde hace 20 años y tiene como objetivo prioritario promover la continuidad y permanencia de estos adolescentes en el sistema educativo evitando situaciones de exclusión y discriminación y fortaleciendo el derecho a su educación. La tasa de retención reportada es del orden del 70 % (Facchini y col., 2017).

¹² Las defunciones maternas son las que ocurren durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a dar a luz, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención. Las deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el informe Estadístico de Defunción pueden originar subestimación en la mortalidad materna (Secretaría de Gobierno de Salud-UNICEF, 2018).

¹³ Esto no significa desconocer que en diversas provincias y localidades, algunos centros de salud y hospitales, como así también organizaciones comunitarias, están implementando estrategias de prevención y cuidado con Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva y Orientación en Opciones (véase, por ejemplo, Schiariti y Gallo, s.f.)

¹⁴ El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1 ampliamente utilizado para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal. Por su capacidad de generar contracciones uterinas comenzó a ser utilizado para una variedad de indicaciones en ginecología y obstetricia. En los países donde el aborto no es legal ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos, disminuyendo las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro. (Zamberlin, 2009).

¹⁵ Que la maternidad adolescente se dé fundamentalmente en los sectores más pobres no significa que no ocurran embarazos entre adolescentes de sectores medios o altos. Si bien las adolescentes con mayor nivel educativo reportan usar métodos en mayor proporción (INDEC, 2013) también tienen embarazos no intencionales. Ellas tienen más incentivos para interrumpir embarazos (que pueden coartar proyectos educativos y laborales) y acceden en mayor proporción a abortos seguros (Fernández y Tajer, 2006).

¹⁶ En relación con los abusos sexuales y los embarazos forzados véase Chejter e Isla, 2018.

¹⁷ Dos entrevistadas que asistían a hogares de día (“casos judicializados”) se manifestaron reticentes a hablar de los padres de sus hijos y, en un caso, a indicar su edad.

¹⁸ Aunque la legislación argentina no establece plazos en el caso de los abortos no punibles, las entrevistadas refirieron este motivo como causa, repitiendo probablemente lo que los profesionales de salud u otros adultos argumentaron.

¹⁹ Se entiende por violencia obstétrica aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Canevari, 2016).

Referencias Bibliográficas

ASUMEN (Alianza Argentina para la Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño). S.f. Llegar tarde en los embarazos tempranos: una emergencia social [Disponible en: http://www.asumen.org.ar/pdf/ASUMEN_Embarazo_temprano_enero_2012.pdf]

Binstock, G. 2017. Repeat adolescent childbearing among impoverish sectors in Argentina. Paper presented at the 2017 IUSSP International Population Conference, 29 October - November 4, Session "Adolescent childbearing", chaired by Carmen Varela. Cape Town, South Africa.

Binstock, G. y Gogna, M. 2014. "Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina". En: Cavenaghi, S. y Cabello, W. (editoras). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones. N° 3. Río de Janeiro: FNUAP - ALAP; p 167-185.

Binstock, G. y M. Gogna. 2017. Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años. Informe final. CENEP. Buenos Aires.

Canevari Bledel, C. 2016 El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reveses. Trabajo presentado a las XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas. Instituto Gino Germani (UBA). Buenos Aires.

Kaplan, C. y P. Fainsod. 2001. "Pobreza urbana, diversidad y escuela media. Notas sobre las trayectorias escolares de las adolescentes embarazadas", en Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA) N°18, año X. p: 25 a 36.

Carpineta, M. 2013. Derechos sexuales y reproductivos en la atención de adolescentes. Diagnóstico de cumplimiento del marco legal. Anuario Becas de Investigación Carrillo- Oñativia 2013. P. 147.

Carpinetti, E. y R. Martínez, Tendencias recientes y características de la fecundidad adolescente en la Ciudad de Buenos Aires. Población de Buenos Aires, vol. 14, núm. 25, abril, 2017, p. 51-67-Dirección General de Estadística y Censos Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74051020003>

CLACAI. IPF.FUSA, 2012. Guía de Procedimiento para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado. CLADEM. 2016. Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Balance regional.

Coll, A. 2001. "Embarazo en la adolescencia. ¿Cuál es el problema?". En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cártago: Libro Universitario Regional. p. 425-445.

Climent, I. G., 2002. "El derecho a la educación y los proyectos de vida. Perspectivas de las madres de las adolescentes embarazadas en una zona del GBA". La Ventana, N° 15: 313-355

Chejter, S. y V. Isla, 2018. Abusos sexuales y embarazo forzado hacia niñas, niños y adolescentes. Argentina, América Latina y el Caribe Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Buenos Aires

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Serie 11. N° 14. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. 2013. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2015.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica. Año 2015. Serie 5, N°59. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2016.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica. Año 2016. Serie 5, N°60. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2017.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica. Año 2017. Serie 5, N°61. DEIS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Argentina. 2018.

Dominguez, C. 2015. Influencia de los factores psico-socio-culturales en las prácticas de salud sexual y reproductiva de adolescentes rurales. Anuario Becas de Investigación 2015 Carrillo-Oñativia, p. 80.

Drovetta, R. 2012. "Subjetividades y prácticas en salud sexual y reproductiva. Mujeres indígenas usuarias de programas estatales de salud en Argentina" en: Carosio, A. (Coord). Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe. P: 207-229. CLACSO. Buenos Aires.

Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA). s.f. Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy. Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechos.

Escobar, J.C. (coord.) 2017. Construcción de masculinidades y su relación con la salud integral. Estudio cualitativo de adolescentes varones escolarizados en cuatro regiones de Argentina. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Secretaría de Salud de la Nación.

Fainsod, P. 2012. Maternidades adolescentes y escolarización: experiencias sociales y escolares en contextos de marginalización urbana. Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

Fernández Romeral, J. 2017. "Maternidades y paternidades en adolescentes escolarizados/as: facilitadores y obstáculos en sus trayectorias educativas". IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2016. Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur. Apuntes para la Construcción de una Agenda Común.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2017a Embarazo y maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2017b. Maternidad y paternidad adolescente. El derecho a la educación secundaria. Estudio sobre una experiencia educativa de la provincia de Buenos Aires

Facchini, C., Grieco, A., Saraceno, S. y M.C. Gianni. 2017 Atención integral de madres y padres adolescentes en el primer nivel de atención. Trabajo presentado al 38° Congreso Argentino de Pediatría, Córdoba.

Fernández, A. M. y D. Tajer. 2006. Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En: Checa, S. (comp.) Realidades y coyunturas del aborto. Ed. Paidós.

Fundación Huésped-UNICEF. 2012. Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de tecnologías de la información (TIC) entre adolescentes de Argentina. Buenos Aires, Argentina. 42 p.

Giannasi, A. 2014. Factores psicosociales que inciden en la asistencia, permanencia y finalización de los estudios secundarios en madres adolescentes. Anuario Salud Investiga 2014. P. 193.

Girard, G. 2018. A les pibes ¡Salud! Masculinidades en la adolescencia y salud integral. SASIA. Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente. p: 19-28.

Greco, A. 2008. Las voces acalladas en la maternidad: Los controles prenatales ausentes o inadecuados en la perspectiva de las mujeres de sectores populares. Buenos Aires: CEDES/FLACSO (Colección Tesis).

Gogna, M., G. Binstock, S. Fernández, I. Ibarlucía y N. Zamberlin. 2011 "Embarazo en la adolescencia en Argentina. Recomendaciones de política basadas en la evidencia". RHM en español. Temas de Salud Reproductiva N° 6. Universidad Peruana Cayetano Heredia. P: 74 a 84.

Gogna, M. y G. Binstock, 2017. "Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas" en: Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 13 (1): 63-72

Gogna, M. y G. Binstock. Embarazos forzados: ser madre antes de los 15. Revista MORA. Buenos Aires (en prensa)

Hirsch, S. y G. Barúa. 2008. Mujeres indígenas en la Argentina: cuerpo, trabajo y poder. Editorial Biblos.

INDEC – Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva.. [Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/-bes/graficos/0000000729cnt-ENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf]

Jejeebhoy, S. and Bott, S. 2003. Non Consensual sexual experiences in young people: A review of the evidence from developing countries. Population Council.

Kornblit, A.; Mendes Diz, A. y Adaszko, D. 2007. "Prácticas sexuales en jóvenes escolarizados en la Argentina: relevancia de su conocimiento para la educación sexual". En: López, E. y E.A. Pantelides (comp.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA. P:83-104

López, E. 2006. "La fecundidad adolescente en la Argentina: desigualdades y desafíos". En Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires. 39: 24-31.

Ministerio de Salud de la Nación. 2015. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. [Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/-bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>]

Ministerio de Salud de la Nación. 2016. Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina. Buenos Aires.

Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). ISBN: 978-92-75-31976-5

- Paiva, V. 2006. "Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos". En: Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina. Cáceres, Careaga, Frasca, Pecheny (org). Lima, FASPA/UPCH. 1ª edición.
- Panisse, Z. 2017. Las representaciones sociales sobre la paternidad de adolescentes en situación de vulnerabilidad social. Tesina Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de Río Negro. Viedma
- Pantelides, E. A. 2004. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En CELADE y Université Paris X Nanterre, La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución? CELADE-UPX, Santiago de Chile, p. 167-182.
- Pantelides, E.A. Fernandez, M y Marconi, E. Maternidad temprana en la Argentina. Las madres menores de 15 años. UNFPA-CENEP. 2014
- Plan International - UNICEF. 2014. Salinas Mudler, S. (coord.) Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes.
- Planned Parenthood. S/f. Vidas Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años.
- Pecheny, M. y Tamburrino, M. C. 2009. ¿"La palabra lo dice"? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia. En Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana N° 1- p.158-176. [Disponible en: www.sexualidadsaludysociedad.org]
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M. y A. Capriati. 2012. "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires" en: Sexualidad, Salud y Sociedad. N° 12, p. 164-197. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Río de Janeiro. Brasil.
- PNSIA. Ministerio de Salud. 2018. Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Resumen Ejecutivo.
- PNSSyPR. 2015. Protocolo para la atención de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.
- Rodríguez, E. 2012. Salud Pública, políticas sociales y desarrollo humano de adolescentes y jóvenes indígenas en América Latina. Experiencias acumuladas y desafíos a encarar.
- Rodríguez Vignoli, J., 2014. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. CEPAL-UNFP. Santiago de Chile.
- Secretaría de Gobierno de Salud - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2018. Estadísticas de los Hechos Vitales de la Población Adolescente en la Argentina.
- Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. 2010. Embarazos en niñas y adolescentes. Arch Argentina Pediatría. 108(6):562-565.
- Secretaría de Gobierno de Salud-Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018 Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación.
- Schiariti, L. y Gallo, M.J s.f. Maternidad y paternidad en la adolescencia. Estrategias de inclusión escolar en la ciudad de Buenos Aires (mimeo).

Szames, C., Vázquez, SI y V Discacciati. 2012. Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires.). Rev Argent Salud Pública, Vol. 3 N° 11.

Vázquez, S., Gutiérrez, M.A., Calandra, N. y E. Berner. 2006. El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes en: Checa, S. (comp.) Realidades y coyunturas del aborto. Ed. Paidós.

Vázquez Laba, V. y M. Páramo Bernal. 2013. "Mujeres migrantes, indígenas y pobres ante los servicios de salud", en Revista Medicina, Salud y Sociedad, agosto-septiembre, Buenos Aires.

Villa, A. 2001. "Identidades masculinas y comportamientos reproductivos entre varones de los sectores populares de Buenos Aires" en: Figueroa, J.G. y Nava, R. Memorias del seminario taller Identidad masculina, sexualidad y salud reproductiva. México. El Colegio de México.

Zamberlin, N. 2009. Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino. CEDES-CLACAI.

Zamberlin, N. y col. 2014. Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos pos- evento obstétrico en adolescentes. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

Zamberlin N., Keller, V., Rosner, M. y M. Gogna. "Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en adolescentes de 14-20 años". Rev Argent Salud Pública. 2017; Sep; 8(32): 26-33.

Documento Técnico N° 5 Mayo 2019

Desarrollo de contenido

Mónica Gogna

Dirección y coordinación Plan ENIA

Silvina Ramos

Tamar Finzi

Natalia Gualdoni

Alejandra Sánchez Cabezas

Ana Jemio

Dirección y coordinación UNFPA Argentina

Mariana Isasi

María Sol East