

El embarazo en la adolescencia

Vanessa Brizuela¹, Edgardo Abalos², Silvina Ramos¹, Mariana Romero¹

¹ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

² Centro Rosario de Estudios Perinatales (CREP)

1. Introducción
2. Determinantes sociales del embarazo en la adolescencia
3. Determinantes sociales en la Argentina
4. Situación en la Argentina
5. Intervenciones

1. Introducción

Datos demográficos sobre la adolescencia y el embarazo en la adolescencia- estimaciones globales y regionales.

La población adolescente actual (personas de entre de 10 y 19 años de edad) es la más numerosa de la historia. Se estima que en 2014 viven aproximadamente 1.200 millones de adolescentes en el mundo, lo que representa el 17% de la población mundial. Este *dividendo demográfico* (concepto acuñado por demógrafos) tiene grandes implicancias a futuro, pues si estos adolescentes llegan a adultos sanos formarán parte de la población mundial económicamente activa con el potencial de generar crecimiento económico y aceleración en el desarrollo, sólo por su mero tamaño.^{1,2,3} Sin embargo, el noventa por ciento de ellos/ellas viven en países de ingresos bajos y medios, y sólo el 51% asiste a los años superiores de la escuela secundaria.^{4,5} La tasa de embarazo adolescente muestra un nivel persistentemente alto estimado en 49/1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, con amplias diferencias entre países ricos y pobres. Globalmente, 1 de cada 5 mujeres de entre 20 y 24 años tuvo su primer hijo antes de cumplir los 18 años (1 de cada 3 en los países de ingresos bajos y medios).⁴

Estos datos son importantes en el marco de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)* cuyas metas fueron comprometidas para el año 2015 por todos los países miembros de Naciones Unidas. El ODM5 se centra en mejorar la salud materna. Teniendo en cuenta que a nivel global, **1 de cada 8 nacimientos ocurre en mujeres adolescentes**, cualquier intervención destinada a mejorar la salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional tiene el potencial de impactar positivamente en la salud materna en general. Por otro lado, la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en mujeres adolescentes a nivel global.⁵ El embarazo temprano y no planificado afecta negativamente los resultados de la salud. Las niñas de 10 a 14 años tienen un riesgo hasta 5 veces mayor de morir durante el embarazo, el parto y el postparto, comparado con las mujeres de 20 a 24 años.⁶ El embarazo también está relacionado con consecuencias adversas para estas niñas-madres y sus recién nacidos pues se asocian a complicaciones como la eclampsia, la endometritis puerperal, las infecciones, los partos pretérmino y el bajo peso al nacer, entre otras.^{7,8}

En Latinoamérica y el Caribe viven 111 millones de adolescentes con edades entre 10 y 19 años, 18% de la población regional total.⁴ La tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (79/1.000) es la segunda más alta del mundo luego del África subsahariana.⁹

Tasas específicas de fecundidad adolescente (2012) (nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años)

Global: 49,0/1.000
Regional (LAC): 79,0/1.000
Argentina: 65,6/1.000
CABA: 33,1/1.000
Formosa: 89,5/1.000

Fuente: elaboración propia sobre datos de UNICEF, ONU y DEIS.

“Nunca antes había habido tantos jóvenes. Es poco probable que vuelva a existir semejante potencial de progreso económico y social. El modo en que abordemos las necesidades y aspiraciones de lo jóvenes determinará nuestro futuro común.

La educación es fundamental.
[...]

También son esenciales las inversiones en salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Cuando los jóvenes pueden llevar a cabo una transición saludable de la adolescencia a la edad adulta, sus expectativas de futuro se amplían”.

Babatunde Osotimehin, Director Ejecutivo UNFPA.
*Estado de la población mundial 2014.*³

2. ¿Cuáles son los determinantes sociales del embarazo en la adolescencia?

Existen **determinantes estructurales** relacionados con las características propias de una sociedad: el ingreso medio del país, la desigualdad económica, el sistema educativo, las normativas relativas a la sexualidad o el género, o la presencia de grupos étnicos particulares.¹⁰ También pueden identificarse determinantes sociales referidos a las circunstancias específicas en las que la gente vive –económicas, políticas, ambientales, y culturales.¹⁰ Algunos de estos **determinantes sociales** afectan desproporcionadamente a los/as adolescentes, e impactan en su salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, el acceso a la educación y a los servicios de salud (incluyendo el acceso a los métodos anticonceptivos), la creación de oportunidades para mejorar la autonomía y las capacidades para tomar decisiones, las oportunidades laborales y la garantía de los derechos humanos.^{10,11} De manera similar, UNFPA propone un modelo ecológico a partir de los determinantes que inciden en el embarazo en la adolescencia en el que incluyen factores a nivel nacional, de la comunidad, escuela y pares, familiares e individuales (Figura 1).² Por ejemplo, se ha reportado que globalmente cerca del

44% de las mujeres embarazadas quiso evitar el embarazo, pero menos de 1/3 de ellas usó un método anticonceptivo seguro y eficaz; el resto utilizó métodos tradicionales (13%) o no utilizó método alguno (55%).¹² Datos de ese mismo estudio muestran que aproximadamente 12% de las adolescentes solteras latinoamericanas iniciadas sexualmente quieren prevenir un embarazo pues casi la mitad de ellas usa un método anticonceptivo moderno. El sostén familiar y social también incide en el embarazo adolescente: a mayor involucramiento familiar en la vida de los/las hijos/as adolescentes y mejor interconectividad social con sus pares, menor incidencia de embarazo o conductas sexuales de riesgo.¹⁰ Las estadísticas demuestran, además, que a mayor nivel de escolaridad, mayor probabilidad de postergar el matrimonio y la maternidad, lo que trae aparejadas mejores oportunidades laborales y económicas para las familias.¹³ Se estima que cuando las adolescentes reciben al menos 7 años de educación postergarán el matrimonio 4 años y que, a mayor cantidad de años de escolarización, se obtienen mejores resultados en salud neonatal e infantil.¹³

“...44% de las mujeres embarazadas quiso evitar el embarazo, pero menos de 1/3 de ellas usó un método anticonceptivo seguro y eficaz...”

Figura 1 Factores determinantes del embarazo en adolescentes: un modelo ecológico



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Maternidad en la niñez, UNFPA 2013.

3. Determinantes sociales en Argentina

En la Argentina, según el último censo nacional, 16.5% de la población total tiene entre 10 y 19 años (6.816.043 mujeres y hombres adolescentes).¹⁴ La tasa de fecundidad en este grupo es una de las más altas de la región latinoamericana y se encuentra por encima de las tasas de fecundidad de otros países del Cono Sur: Argentina (69,6/1.000), Paraguay (63), Uruguay (60) y Chile (51,9).¹⁵ Adicionalmente, desde 2003 a 2011 la fecundidad adolescente ha aumentado en un 20%.¹⁶

- **1 de cada 6** mujeres argentinas tiene su primer hijo/a antes de los 19 años de edad
- Edad promedio del primer embarazo: **16,6 años**
- **322** nacimientos de adolescentes *por día*^{13,16}
- El **69%** de estos embarazos no fueron planificados
- El **65,5%** no utilizaba un método anticonceptivo al momento de quedar embarazadas
- El **60%** abandonó los estudios al quedar embarazadas¹⁷
- El **12,8%** de las muertes maternas ocurren en mujeres de 15 a 19 años.¹⁸

De manera similar a lo reportado por la literatura para el nivel global, el acceso a la educación y la permanencia en la escuela son factores protectores en relación al embarazo adolescente en nuestro país. Si bien se estima que 60% de las adolescentes abandonó los estudios luego de quedar embarazada, un estudio en puérperas adolescentes realizado en 2005 evidenció que casi la mitad de las mujeres encuestadas (43,6%) habían abandonado la escuela antes de embarazarse.^{13,19} A nivel nacional, 6% de las madres menores de 20 años tiene el nivel primario

Por otro lado, aunque la educación contribuye a generar oportunidades de desarrollo y ascenso social, la inequidad en el acceso y en la calidad educativa, la alta deserción en ciertas comunidades o poblaciones, y la deficiente vinculación con el mercado laboral funcionan como mecanismos expulsivos del sistema, afectando desproporcionadamente a las adolescentes en situación de vulnerabilidad.²⁰ Un estudio nacional realizado en el 2004 reporta que 2/3 de los embarazos adolescentes ocurrió por no utilizar ningún método anticonceptivo y los motivos por los cuales no se cuidaron: más de la mitad dijo que no esperaba tener relaciones en ese momento o pensaba que no se iba a embarazar.

La falta de oportunidades para el desarrollo personal, la pobreza, la desigualdad y la violencia, así como las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos (incluyendo información y acceso a la atención de calidad) y la incapacidad del sistema educativo para retener a los alumnos/as actúan como determinantes sociales del embarazo en la adolescencia en nuestro país.^{20,21} La maternidad adolescente se presenta en contextos socioeconómicos con alta desigualdad: 7 de 10 madres jóvenes pertenecen a hogares con menores ingresos.²² Pero no es la maternidad en la adolescencia lo que provoca la pobreza; es más probable que los/las jóvenes en situación de pobreza y vulnerabilidad tengan hijos/as a edades más tempranas. Esta situación podría reflejar la desigualdad en las relaciones de género y en la sexualidad, en los roles esperados para mujeres y varones y en las oportunidades de desarrollo personal.^{22,23,24}

Muchas mujeres adolescentes “buscan” quedar embarazadas pues encuentran en la maternidad un “proyecto de vida” posible y real, una alternativa para su pasaje a la adultez.²⁵

4. Situación actual del embarazo adolescente en Argentina

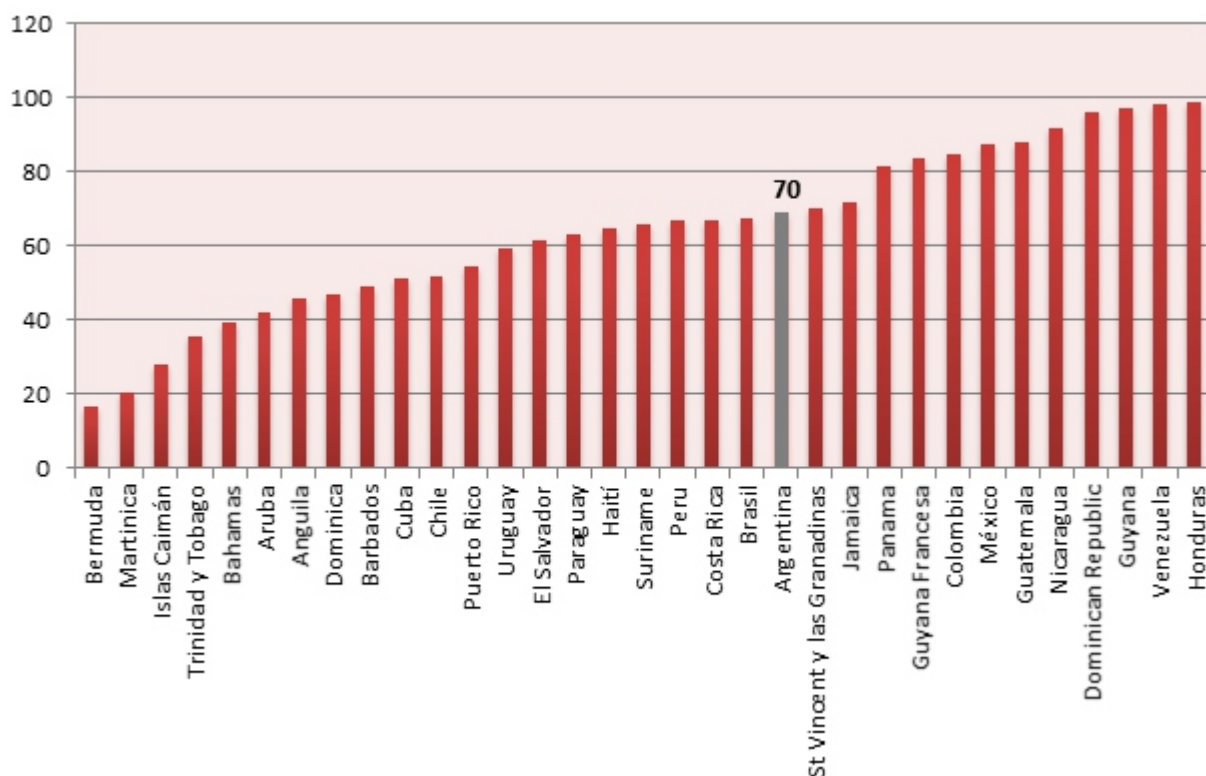
- **Cada 5 minutos nace un bebé de una adolescente.** En 2012 se produjeron 111.272 nacimientos de mujeres de entre 15 y 19 años (15% del total de nacimientos del país).¹⁴
- **Cada 3 horas nace 1 bebé de una niña menor de 15 años.** En 2012 se registraron más de 3.000 nacimientos en menores de 15 años.²⁶

En la Argentina, en donde la fecundidad total es relativamente baja (aproximadamente 2,2 según datos del Banco Mundial), la tasa de fecundidad adolescente es desproporcionadamente alta y no ha descendido de la misma manera que la de las adultas.²⁷ Según estimaciones de la CEPAL, **la tasa de fecundidad adolescente de la Argentina muestra valores por encima de los observados en países como Haití, Costa Rica y Paraguay** (Gráfico 1). De manera similar a lo que ocurre con la mortalidad materna, en el marco de la región, la situación de la Argentina es peor a la esperable, en especial cuando se consideran

indicadores de nivel de desarrollo como el Producto Bruto Interno (PBI), el ingreso per cápita, y los niveles de pobreza, entre otros.²⁸

La maternidad en la adolescencia puede ser motivo de preocupación no sólo por las potenciales consecuencias gravosas para la salud física de las niñas y jóvenes, sino también por sus consecuencias sociales.^{25,26} Por sobre estas consideraciones, **el 20% de los nacimientos que ocurren cada año en adolescentes son de madres que ya han tenido uno o más hijos.**²⁹ Más de la mitad de ellas no quería quedar embarazada nuevamente o prefería esperar a tener otro hijo/a.¹⁶

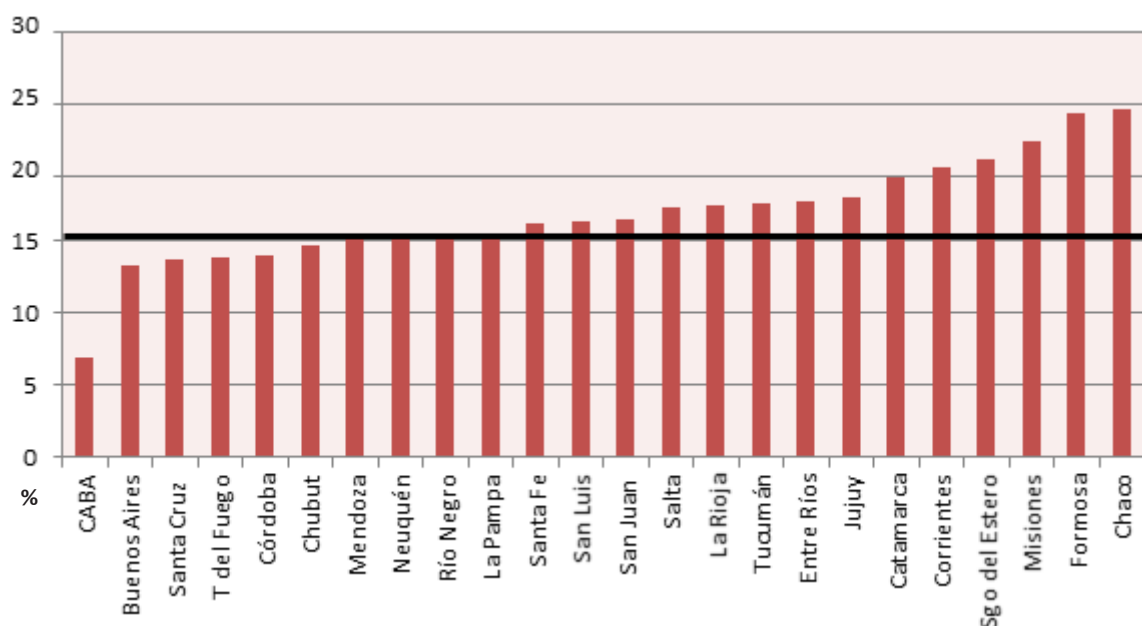
Gráfico 1 Tasa de fecundidad adolescente (por 1.000 nacidos vivos) – América Latina y el Caribe, 2010*



* En donde la información para 2010 no estaba disponible, se usaron los datos disponibles más recientes
Fuente: Elaboración propia sobre datos de la CEPAL.

La proporción de nacidos vivos de mujeres adolescentes esconde grandes desigualdades entre provincias. Mientras que para todo el país, 15% de los/las nacidos vivos son hijos/as de adolescentes entre 15 y 19 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires esta proporción es menor al 7%. En las provincias de Chaco y Formosa aproximadamente 1 de 4 nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años (Gráfico 2).¹⁴

Gráfico 2 Porcentaje de partos de adolescentes menores de 20 años, por provincia y nacional (sobre el total de nacimientos), 2012.



NB: La línea negra representa la media nacional. Fuente: elaboración propia sobre datos de la DEIS 2012

5. Intervenciones que se proponen

A nivel global

Desde el comienzo de la presente década, la comunidad internacional ha vuelto a poner énfasis en la población adolescente, y en especial, en el tema del embarazo en la adolescencia. A partir del año 2012, cada 11 de octubre se conmemora el *Día Internacional de la Niña*, fecha designada por la Asamblea General de las Naciones Unidas para movilizar la atención mundial sobre la situación y el futuro de las niñas. Se destacan los derechos de las niñas y mujeres adolescentes y los desafíos específicos que ellas enfrentan con un llamado al diálogo y la acción para mejorar las oportunidades de desarrollo personal.

De manera similar, en 2013 la comunidad internacional bajo iniciativa de UNFPA, propuso enfocar el tema de la maternidad en la niñez con motivo del *Día Internacional de la Población*. Se publicó un documento en el cual se analiza el embarazo en adolescentes como una señal de las fallas sistémicas en la inversión en la salud de las mujeres. Se presentan también las desigualdades sociales y de género que impiden a muchas adolescentes tomar decisiones sobre su salud sexual, sus relaciones, y la maternidad, situación que impacta negativamente en sus oportunidades educativas, laborales y sociales.²

Se debe contar con programas amplios que se centren en la capacidad de las niñas para tomar decisiones y presenten oportunidades reales de proyectos de vida y desarrollo social y personal. Según estos documentos, para tener un impacto en la maternidad en la adolescencia es necesario:

- 1-Desarrollar intervenciones dirigidas especialmente a adolescentes de entre 10 y 14 años de edad;
- 2-Invertir estratégicamente en la educación de las niñas adolescentes;
- 3-Adoptar un enfoque basado en derechos humanos y cumplir con las obligaciones de los derechos humanos internacionales;
- 4-Garantizar el acceso a educación sexual integral para adolescentes, y de servicios de salud sexual y reproductiva, inclusive de atención prenatal;
- 5-Prevenir el matrimonio infantil, la violencia y la coerción sexual;
- 6-Apoyar programas de niveles múltiples;
- 7-Involucrar a los hombres y los niños en la transformación en las relaciones de género;
- 8-Sentar las bases para apoyar la salud y derechos adolescentes después de 2015.²

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud publicó un informe sobre “la segunda década” destinada a analizar la situación de los/as adolescentes y a presentar un enfoque multidimensional e integral para abordar las dificultades que enfrenta la población adolescente. Uno de los problemas resaltados en este informe es la falta de garantía de los derechos relacionados en la salud sexual y reproductiva.

Tabla 1 Ejemplos de intervenciones exitosas en reducción de embarazo adolescente. Global.

País	Intervención	Resultado
Kenia (Duflo et al., 2012) ²⁵	Incentivos económicos para mantener a las niñas en la escuela (para el pago de aranceles escolares, compra de uniformes, o incentivos monetarios)	Reducción del 17% en fertilidad adolescente.
Guatemala (Catino et al., 2011) ²⁶	Clubes para niñas de 8 a 18 mayas para el desarrollo de aptitudes prácticas para la vida y liderazgo.	Reducción en la maternidad adolescente (el 97% de las participantes no tuvieron hijos durante su tiempo en el programa).
Países Bajos (Ketting E, Visser AP, 1994) ⁷⁷	Sistema público nacional que proporciona anticonceptivos gratis, educación sexual integral y universal, empoderamiento de las niñas.	Tasas más altas de uso de anticonceptivos entre jóvenes y tasas de aborto entre las más bajas del mundo.
Brasil (Andrade et al., 2009) ²⁸	Programa de educación sexual integral en escuelas públicas con perspectiva de derechos, de prevención de prácticas de sexo no seguro y la promoción de una sexualidad placentera y saludable.	Aumento en el uso de preservativos y anticonceptivos modernos.
India (Kanesathasan, 2008) ²⁹	DISHA (<i>Development Initiative Supporting Healthy Adolescents</i>), programa de gran escala que provee servicios, información y educación en salud sexual y reproductiva.	Aumento en la edad de matrimonio y en uso de anticoncepción.
Jamaica (UNFPA, 2013) ⁴⁰	Programa para madres adolescentes que provee a las mujeres educación, consejería y capacitación en habilidades para la vida.	Reducción en repitencia de embarazos (a menos de 2%).
Estados Unidos (O'Sullivan) ⁴¹	Programa hospitalario para madres adolescentes primerizas con visitas a profesionales de salud para recibir servicios e información a los 2, 4, 6, 9 y 18 meses posparto, incluyendo visitas a trabajadores sociales.	A 18 meses el 12% de las madres recibiendo la intervención tuvo un segundo embarazo comparado con 28% del grupo control.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la publicación Maternidad en la niñez, UNFPA 2013 y The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

Existen evidencias de programas exitosos en la reducción de la incidencia del embarazo adolescente (Tabla 1).^{31,32} Las intervenciones que logran tener un impacto sobre la fertilidad en adolescentes son aquellas que están diseñadas para abordar múltiples aspectos que se relacionan con la adolescencia, incluyendo a la escuela, sus comunidades, familias y contextos socio-culturales.^{33,34} Por otro lado, la literatura destaca la importancia en implementar programas multisectoriales dirigidos a las niñas antes de que hayan abandonado la escuela, antes de que se casen, y previo a su iniciación sexual. Una revisión sistemática Cochrane de 41 estudios de control aleatorio (RCT) para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes concluyó que aquellas intervenciones que combinaron aspectos de educación y promoción del uso de anticonceptivos lograron reducir embarazos no deseados. Sin embargo, los resultados no fueron consistentes en cuanto a cambios de comportamiento en adolescentes (por ejemplo, no siempre logran retrasar la edad de iniciación sexual).³²

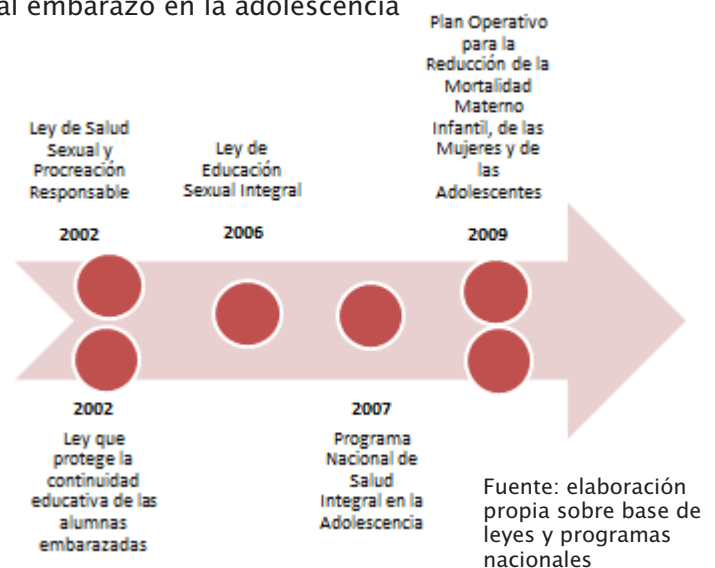
En la Argentina

Si bien Argentina cuenta con un marco normativo novedoso y exhaustivo en lo que se refiere a la salud de los/as adolescentes, y en particular en lo relacionado con el embarazo en la adolescencia, los indicadores de la salud sexual y reproductiva de esta población son todavía deficientes, en especial en comparación con otros países de la región (Gráfico 1). La existencia de normativas que promueven la educación, información y provisión de insumos de planificación familiar a todas las personas que lo deseen a través de los sistemas públicos, privados y de obras sociales, incluyendo adolescentes desde los 14 años de edad con capacidad de consentir mediante la Ley Nacional N° 25.673, y otra que protege la continuidad escolar de las alumnas embarazadas a través de la Ley Nacional N° 25.584, aunque importantes, no están obteniendo los resultados esperados. La ley de salud sexual y procreación responsable entró en vigencia hace más de una década pero todavía cuatro provincias (Formosa, Catamarca, Tucumán y San Juan) no han sancionado leyes similares o han adherido a la ley nacional evidenciando una falta de voluntad política para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos para toda la población. No parece irrelevante el hecho de que entre estas jurisdicciones se encuentran algunas de las que muestran las tasas de embarazo adolescente más elevadas del país. Por otro lado, según datos publicados por UNFPA, 60% de las alumnas embarazadas abandonan la escuela.

A pesar de la creencia generalizada respecto de que la deserción escolar ocurre como resultado del embarazo, diversos estudios han encontrado que la mayoría de las adolescentes quedan embarazadas una vez que han abandonado la escuela. En el estudio de Gogna y colaboradores, más de la mitad reportó haber abandonado los estudios porque no quería estudiar más o porque le resultaba difícil. Las instituciones educativas parecen no estar siendo efectivas para retener a las alumnas embarazadas y/o madres.²³

Adicionalmente, en el año 2006 se promulgó la Ley Nacional N° 26.150 que estableció la puesta en vigencia del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, transversal a todas las áreas curriculares y de implementación en todos los años de educación formal obligatoria. No obstante, según una publicación nacional de 2012, sólo 7 jurisdicciones -Misiones, Chaco, La Rioja, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego y CABA- habían sancionado leyes propias o de adhesión a la ley nacional. Existen otros programas nacionales, como el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2007), el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y las Adolescentes (2009) y el Plan SUMAR (2012), que incluyen aspectos relacionados a la reducción del embarazo adolescente en el país (Figura 2).^{44,45,46}

Figura 2 Leyes y programas nacionales relacionados al embarazo en la adolescencia



A pesar de la existencia de estas iniciativas y políticas públicas dirigidas a mejorar la salud de las adolescentes e incidir sobre el embarazo en la adolescencia, aún resta mucho por lograr. En principio, **hay poca evidencia científica local sobre el impacto de las iniciativas mencionadas y sobre su efectiva implementación.** Los resultados en cuanto a tasas de embarazo adolescente y su repitencia dan cuenta de fallas en alguno de estos aspectos. Las evaluaciones de intervenciones exitosas en otros países o regiones dan cuenta de un trabajo articulado e intersectorial orgánico que incide sobre el sector educativo, el sector salud, y también el sector de desarrollo económico. Resulta imperativo contar con evidencia local acerca de la eficacia e impacto de los programas nacionales con vistas a mejorar las acciones dirigidas a incidir sobre el embarazo en la adolescencia. En esta dirección, en octubre de este año, UNFPA Argentina ha lanzado una campaña de comunicación social dirigida a estimular el diálogo entre padres/madres e hijos/hijas acerca del embarazo no planificado en la adolescencia. Bajo el lema *Hablar es prevenir*, el organismo de Naciones Unidas propone visibilizar esta problemática y generar sinergia con la sociedad civil en pos de políticas públicas destinadas mejorar las oportunidades para las niñas, adolescentes, y mujeres jóvenes.

Desde el OSSyR sumamos nuestro compromiso y llamamos a renovar las acciones instando a tomadores de decisión, organismos de la sociedad civil y de gobierno, e investigadores a diseñar, implementar y evaluar políticas públicas basadas en evidencia para ser más eficaces en la reducción del elevado número de embarazos no planificados durante la adolescencia en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- 1 Diniz Alvez JE, Santana Vasconcelos D y Alves de Carvalho A. Estructura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho. CEPAL-Ipea, 2010.
- 2 UNFPA. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013. Nueva York, 2013.
- 3 UNFPA. El poder de 1.800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Estado de la población mundial 2014. Nueva York, 2014.
- 4 UNICEF. The State of the World's Children 2014 in Numbers. Every Child Counts: Revealing disparities, advancing children's rights. Nueva York, 2014.
- 5 Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, et al. Adolescence: a foundation for future health. Lancet 2012; 379: 1630-40.
- 6 Interagency Youth Working Group. The Millennium Development Goals: What Do They Mean for Youth? Washington DC, 2011.
- 7 Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tunçalp O, Vogel JP, Souza JP, Mori R, en nombre de WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG 2014; 121 (Suppl. 1): 40-48.
- 8 Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 192: 342-9.
- 9 CEPAL. CEPALSTATS: Tasa de fecundidad adolescente diferentes años. Santiago, 2013.
- 10 Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M et al. Adolescence and the social determinants of health. Lancet 2012; 379: 1641-52.
- 11 Rowbottom S. Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy. Nueva York: UNFPA, 2007.
- 12 Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. Guttmacher 2009.
- 13 UNFPA Argentina. Día de la niña. Buenos Aires, 2014.
- 14 Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica - año 2012. Serie 5, número 56. Buenos Aires, 2013.
- 15 Naciones Unidas. Millennium Development Goals Indicators. Adolescent Birth Rate, per 1,000 women.
- 16 UNICEF, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Fundación Huésped. Iniciativa 10x10.
- 17 UNFPA. El embarazo adolescente en Argentina.
- 18 OSSyR. Muerte materna en Argentina. Rosario, 2014. Disponible en: <http://www.muertematernaenargentina.org/>.
- 19 Gogna M, Fernández S y Zamberlin N. El embarazo en la adolescencia: Diagnóstico para reorientar políticas y programas de salud. Presentación de poster.
- 20 UNFPA Argentina. El embarazo en la adolescencia, 2014.
- 21 FEIM. Embarazo en la adolescencia. Buenos Aires, 2014. [video]. Disponible en: <http://vimeo.com/102722588>.
- 22 Lupina C. Anuario de la maternidad 2014: jóvenes en la Argentina, oportunidades y desafíos para su desarrollo. 1ra ed. Buenos Aires: Observatorio de la Maternidad, 2014.
- 23 Gogna M, Fernández S y Zamberlin N. Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a las puérperas en Gogna M, ed. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES, 2005.
- 24 Rowlands S. Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focused strategies. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2010; 24(5): 605-616.
- 25 Gogna M, Binstock G, Fernández S, Ibarlucia I et al. Adolescent Pregnancy in Argentina: Evidence-Based Recommendations for Public Policies. Reproductive Health Matters 2008; 16 (31):192-201.
- 26 ASUMEN. En nuestro país, cada 3 horas, una niña da a luz y se convierte en madre de otro niño o niña. Buenos Aires, 2014.
- 27 Banco Mundial. Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer).
- 28 Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial: Argentina.
- 29 Pantelides EA. Embarazo y fecundidad adolescente. Informe final. Buenos Aires: CEDES, 2012.
- 30 OMS. Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. Ginebra, 2014.
- 31 Ramos S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de agosto de 2011). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 32 Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4.
- 33 Erulkar A & Muthengi-Karei E. Berhanehewan ("Light for Eve"): Increasing Opportunities to Delay Marriage and Promote Schooling. Policy Brief. Nueva York: Population Council, 2012.
- 34 National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Effective Programs Database.
- 35 Duflo E, Dupas P, Kremer M. Education, HIV, and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya. Cambridge Poverty Action Lab, 2012.
- 36 Catino J, Colom A, Ruiz MJ. Equipping Mayan Girls to Improve Their Lives. Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood. Brief No 5. Nueva York: Population Council, 2011.
- 37 Ketting E y Visser AP. Contraception in the Netherlands: the Low Abortion Rate Explained. Patient Education and Counseling 1994, 23(3): 161-171.
- 38 Andrade HSM, de Mello MB, Sousa MH, Makuch MY et al. Changes in Sexual Behavior Following a Sex Education Program in Brazilian Public Schools. Cadernos de Saúde Pública 2009, 25(5): 1168-1176.
- 39 Kanesathasan A, Cardinal NJ, Pearson E, Gupta SD et al. catalyzing Change: Improving Youth Sexual and Reproductive Health through DISHA, An Integrated Program in India. Washington DC: International Center for Research on Women, 2008.
- 40 UNFPA. Jamaica Offers a Model for Preventing Adolescent Pregnancies while Supporting Young Mothers. Agosto 2013.
- 41 O'Sullivan AL. A Health Care Program for First-Time Adolescent Mothers and their Infants. Effective Programs Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Unplanned Pregnancy.
- 42 OSSyR. Línea de tiempo. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/linea_tiempo.html.
- 43 ADC, CDD, CEDES, CELS et al. Comunicación conjunta para examen periódico universal. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Sesión 14. Argentina, 2012.
- 44 Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Resolución ministerial N° 619/2007 crea el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.
- 45 Ministerio de Salud de la Nación. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y las adolescentes. Plan operativo. Buenos Aires, 2009.
- 46 Ministerio de Salud de la Nación. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y las adolescentes. Plan operativo. Buenos Aires, 2009.

Desde el OSSyR esperamos facilitar el acceso a información y herramientas de calidad a quienes toman decisiones de salud pública. El propósito es contribuir a la reducción de las muertes maternas en el menor plazo posible, en cumplimiento de las metas comprometidas, fundamentalmente para evitar muertes prevenibles e injustas. Este es el compromiso que hemos asumido con las mujeres de nuestro país.

www.ossyr.org.ar