

Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia

2017-2019

IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF

Ministerio
de Educación

Ministerio
de Desarrollo Social

Ministerio
de Salud



Presidencia de la Nación
página 1 de 60

IF-2017-19196478-APN-SSDNA YF#SENNAF

Índice

1. Presentación.....	5
2. Fundamentación.....	6
3. Diagnóstico.....	12
4. Marco Normativo.....	21
5. Marco Programático.....	28
6. Objetivos y Líneas de Acción.....	33
7. Condiciones de Factibilidad.....	41
Anexo Metodológico.....	49
Bibliografía.....	55

1. Presentación

En la Argentina, el 15 % de los nacimientos (DEIS, 2015) que se produjeron en el año 2015 correspondió a madres adolescentes menores de 19 años, lo cual constituye un riesgo para la salud de esas madres adolescentes y un hecho que compromete enormemente sus trayectorias de vida y posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo. Este fenómeno se acrecienta cuando se observa la magnitud del embarazo no intencional: casi 7 de cada 10 adolescentes de entre 10 y 19 años que tuvo un hijo en 2015 no había buscado ese embarazo (SIP-G, 2015). Por ello, el presente Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (en adelante Plan Nacional) se propone disminuir la incidencia de este fenómeno ampliando las oportunidades de desarrollo para los adolescentes¹ del país.

La adolescencia es una etapa clave en la vida de las personas, y, a la vez, los adolescentes son agentes de cambio cruciales para el futuro de nuestra sociedad. La adolescencia —en tanto período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad—, es determinante de la trayectoria de vida futura de las personas dado que allí se da un doble proceso de cristalización de las capacidades acumuladas desde la primera infancia y, en paralelo, de inicio de la transición a la vida adulta, la que se completa conforme se transitan una serie de hitos fundamentales en el marco del período más abarcativo de la juventud (15 a 29 años). Además, la adolescencia es un período de enormes transformaciones biofísicas, sociales y psicológicas, en donde las personas consolidan su subjetividad (OMS, 2014). Su

consideración como una etapa específica es relativamente reciente y a menudo su carácter transicional desde la niñez a la adultez hace que esté invisibilizada como fase, aunque en verdad su especificidad requiere de una atención especial.

Con este trasfondo, la tenencia del primer hijo en la adolescencia se configura como un evento particularmente relevante, dadas las responsabilidades que conlleva y el impacto que tiene sobre otros hitos de transición, como la inserción laboral y la terminalidad educativa. Es, además, un factor crítico en la inequidad de género y muestra mayor incidencia en los hogares de menores recursos. Estas inequidades de género y de clase se exacerban cuando la tenencia de un hijo es no intencional. Esto llama la atención sobre la necesidad de que el Estado garantice los derechos sexuales y reproductivos a través de la provisión de información, insumos y servicios de calidad.

Si bien en Argentina existen programas y dispositivos de política pública que tienen como fin la provisión de insumos y prestaciones para cuidar la salud sexual y reproductiva de las personas, sobre todo de los adolescentes, nunca antes existió una estrategia nacional que aborde integralmente el fenómeno y que se proponga una meta específica de reducción posicionando el tema como prioridad en la agenda pública.

El actual Gobierno, en consonancia con la prioridad asignada a la adolescencia (que se refleja en el objetivo número 50 del actual Plan de Gobierno²) y teniendo

1. El uso de un lenguaje que no discrimine por género es una de las preocupaciones de los autores. 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. El mencionado objetivo define la estrategia nacional para adolescentes y jóvenes: "estamos haciendo foco en los miles de chicos que no estudian ni trabajan y combatiendo problemáticas críticas de esta etapa como las adicciones". <https://www.argentina.gob.ar/plan-de-gobierno>

como marco los objetivos de la Agenda de Desarrollo 2030³, ha encarado un proceso de construcción del presente Plan Nacional a partir del liderazgo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) y mediante el trabajo mancomunado y concertado de los siguientes actores: el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación; el Programa de Educación Sexual Integral del Ministerio

de Educación de la Nación; la asistencia técnica del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) y del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El presente documento emerge en el marco de un compromiso de acción intersectorial que entiende a la adolescencia como etapa crítica y prioritaria para el futuro del país.

2. Fundamentación

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Este Plan Nacional adopta como ejes conceptuales un enfoque de derechos, un énfasis en las transiciones que atraviesan los adolescentes y una perspectiva de género. La inclusión de este conjunto de principios rectores garantiza que el Plan Nacional dará una respuesta holística al embarazo no intencional en la adolescencia, con consideración del contexto particular en el que las oportunidades de desarrollo personal e inclusión social se generan y en el cual los individuos toman decisiones respecto de sus trayectorias.

El Embarazo en la Adolescencia desde un Enfoque de Derechos

La perspectiva de derechos implica que el objetivo de las políticas públicas debe garantizar que los adolescentes puedan gozar y ejercer plenamente los derechos que les reconocen las normas y principios de derechos humanos nacionales e internacionales (Cecchini & Rico, 2015).⁴ En particular, hasta el momento de sanción de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), y su ratificación por la Argentina en 1990, los adolescentes en situación de riesgo eran considerados “menores”

3. Los ODS 1, 3 y 5 hacen referencia a estos temas. La ODS 1 declara “Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo” y para los objetivos de este plan se inscribe como parámetro su meta 1.3. que expresa “Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables. La ODS 3 refiere a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Específicamente y para dar cumplimiento a las líneas de acción de este plan, se toma como marco las metas 3.1: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”; 3.2: “Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos” y 3.7: “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. La ODS 5 indica: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” y específicamente para encuadrar el presente plan se toman en cuenta las siguientes metas: 5.5 “Velar por la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública”; 5.6 “Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen” y 5.b “Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de la mujer”.

4. Este apartado sigue a Repetto et al. (2016)

y objetos de tutela de parte del Estado, ya sea en pos de su control y represión o asistencia y beneficencia (Moro, 1997). La Convención, por el contrario, significa un punto de quiebre con este paradigma dado que entiende que todos los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derechos. Un enfoque de derechos así concebido se traduce en una serie de estándares jurídicos y principios (Abramovich & Pautassi, 2009). Los estándares jurídicos del enfoque de derechos implican la obligación (del Estado) de garantizar el contenido mínimo de los derechos, como también la obligación para los Estados de no aplicar políticas regresivas y de garantizar la participación ciudadana. Los principios del enfoque de derechos, por su parte, surgen de la tradición de los derechos humanos que establece que estos son universales, indivisibles e interdependientes, inalienables y progresivos.

La aplicación de esta óptica a las políticas públicas implica crear un sistema integral que cumpla con estándares mínimos específicos que aseguren que se respeten y cumplan los compromisos jurídicos asumidos por cada Estado (Pautassi, 2010). Implica, también, revisar los parámetros necesarios para su evaluación y fiscalización, incluyendo principios como igualdad y no discriminación, participación política y acceso a la justicia (Abramovich & Pautassi, 2009). Son los adultos quienes tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo de los niños, niñas y adolescentes a sus derechos, y por “adultos” se entiende tanto a las familias como a la comunidad y, como garante último, al Estado. Así, entonces, del enfoque de derechos se puede derivar un corolario concreto en la temática específica del embarazo no intencional en la adolescencia: aquel que dicta que el pleno goce de los derechos a la salud sexual y reproductiva es exigible por el sólo hecho de ser adolescente, como imperativo de la ciudadanía (Cecchini & Rico, 2015). El Plan Nacional aquí propuesto está enmarcado en esta lógica de garantía

del goce de sus derechos a los adolescentes.

El Embarazo en la Adolescencia y las Transiciones a la Vida Adulta

La acumulación de activos necesarios para acceder a la vida adulta encuentra un punto de inflexión en la juventud (y, en particular, la adolescencia), dado que es en esta etapa cuando se comienza a decidir sobre eventos clave que tendrán un peso crucial en las trayectorias futuras (Trucco & Ullmann, 2015).⁵ Desde el enfoque de las transiciones, estos eventos son: la finalización de la educación media, el inicio de la vida laboral, la salida del hogar de origen, la formación de un hogar propio y el comienzo de la vida sexual y reproductiva. La temporalidad, secuencia y calidad de los eventos en el pasaje a la vida adulta determinarán en gran medida las trayectorias futuras de los adolescentes. Cuando se adelantan a la media de su cohorte en el pasaje por estos eventos, es más probable que experimenten situaciones de exclusión social (PNUD, 2009). Del mismo modo, hay secuencias paradigmáticas de exposición a la exclusión: por ejemplo, la procreación antes de finalizar la escolaridad obligatoria y sin estar inserto en el mercado de trabajo (Rossel & Filgueira, 2015).

En particular, el calendario de la fecundidad tiene consecuencias decisivas en las otras esferas de transición a la vida adulta, determinando a su vez las posibilidades de integración en los circuitos económicos, sociales y culturales. Así, el inicio de la vida reproductiva impactará en las decisiones acerca de las trayectorias educativa y laboral, y en la posibilidad de conformar un hogar propio. De todos los eventos que se analizan en la lógica de las transiciones la tenencia del primer hijo es —particularmente para las mujeres— el más “inelástico” (Filardo, 2015). Se puede entrar y salir del mercado laboral; se puede abandonar y luego retomar los estudios y también se puede volver

5. Esta sección sigue a De León, Gimena (2017)

al hogar de origen una vez que se han tenido experiencias de autonomía. Pero es infrecuente la reversibilidad del estado de “ser madre” una vez que nace el primer hijo (Filardo, 2015). La centralidad del momento en el que los adolescentes comienzan su vida reproductiva radica en las implicancias que este paso tiene para los otros hitos de transición. En este sentido, la tenencia del primer hijo en edades muy tempranas expone a los adolescentes a situaciones de cuidado cuando todavía no se han consolidado las trayectorias educativa y laboral, lo que los aleja de los principales espacios de inserción social y construcción de ciudadanía.

Un Enfoque de Género para el Embarazo en la Adolescencia

El “género” es una categoría relacional que refiere a lo femenino y lo masculino como conceptos socialmente construidos, que están lejos de ser un mero reflejo o elaboración de aspectos biológicos. Así, el “ser varón” y “ser mujer” como estereotipos reduccionistas son resultado de procesos de aprendizaje en los que intervienen patrones sociales, normas y coerción (Valle Rodríguez & Eramis, 2006). A su vez, los roles sociales se suelen asignar diferencialmente por género a partir de dichos estereotipos, en desmedro de la equidad de género y los derechos de las mujeres. Este proceso se ve reforzado paralelamente por un punto de partida cultural de subordinación de lo “femenino” a lo “masculino”, y una primacía de lo masculino como categoría universal desde la cual se analiza y decide (en particular, en el ámbito de las políticas públicas) bajo una supuesta neutralidad (Molyneaux, 2007). El género se encuentra, entonces, en el centro de un sistema de poder que organiza las relaciones entre varones y mujeres (en general) de manera jerárquica y desigual para con las mujeres (Valle Rodríguez & Eramis, 2006). Con este marco, la “justicia de género” se entiende “como el logro de la igualdad entre mujeres y hombres en conjunto con las medidas para reparar las desventajas que llevan a la subordinación de las mujeres” (Benavente & Valdés, 2014) (Goetz, 2007).

En este sentido, la autonomía (capacidad para tomar decisiones libres e informadas de acuerdo con su elección y no la de otros) y el empoderamiento (toma de conciencia respecto de la necesidad de modificar e impugnar las relaciones de poder entre los géneros) son los lineamientos básicos que las políticas públicas deben incorporar para trabajar en pos de la igualdad de género (Benavente & Valdés, 2014) (Pautassi, 2007). Este Plan Nacional incorpora los dos principios rectores mencionados transversalmente en los distintos objetivos y líneas de acción, y a su vez parte de reconocer la centralidad del punto de vista de género en la provisión de educación sexual integral y consejería, tanto a las mujeres como a los varones adolescentes (Gogna, Binstock, Fernández, Ibarlucía & Zamberlin, 2008).

2.2 DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia no ocurre en el vacío. Por el contrario, es producto de una serie de factores que interactúan entre sí, y es a la vez causa y consecuencia de la vulneración de derechos (UNFPA, 2013). En tanto fenómeno que hace a la salud de los adolescentes, se remarcan dos categorías de factores determinantes al respecto (Viner y otros, 2012). Por un lado, una serie de determinantes estructurales que ofrecen oportunidades diferenciales a los adolescentes. Así, el nivel y la distribución del ingreso es crucial, dado que la pobreza y la desigualdad están asociadas con una mayor incidencia del embarazo en la adolescencia (Gold, Kawachi, Kennedy, Lynch & Connell, 2001). El clima educativo también es importante, en la medida en que la educación es una herramienta de empoderamiento de los adolescentes que contribuye a que puedan tomar decisiones informadas (Viner y otros, 2012). Asimismo, el capital social (las redes de vínculos sociales combinadas con las normas, valores y entendimientos compartidos) también está inversamente asociado con la incidencia del embarazo en la adolescencia (Crosby & Holtgrave, 2006). Por último, la desigualdad de género es un

género también configuran escenarios de mayor vulnerabilidad en los que el embarazo en la adolescencia es más frecuente (Viner y otros, 2012).

Por otro lado, existen determinantes sociales o “de proximidad”, relacionados con las circunstancias de la vida cotidiana de los adolescentes. Así, un vínculo sólido con la escuela y el ambiente escolar afecta positivamente las trayectorias de los jóvenes y es protector respecto de la incidencia del embarazo no intencional.

En este sentido, los adolescentes estudiantes sexualmente activos reportan utilizar métodos anticonceptivos en porcentajes mayores a sus contrapartes fuera de la escuela en países en desarrollo de Latinoamérica, el Caribe y África (Lloyd, 2006). Las posibilidades de acceso a los servicios de salud (incluyendo a métodos anticonceptivos modernos) y de inclusión social en sus barrios de residencia, así como la existencia de oportunidades para mejorar su autonomía y poder de decisión y la garantía de sus derechos humanos también son resaltados como determinantes relevantes del embarazo no intencional en la adolescencia (Brizuela, Abalos, Ramos & Romero, 2014) (Viner, y otros, 2012).

Este énfasis, en dos tipos de determinantes, es complementario del modelo “ecológico” (centrado en el entorno) propuesto por UNFPA, que tiene en cuenta cómo los factores explicativos interactúan entre sí de forma compleja y en diferentes niveles: el individual, familiar, escolar, comunitario y nacional. Así, por ejemplo, mientras al nivel de la normativa nacional se puede estar garantizando los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, puede que al nivel comunitario existan barreras de facto que impidan que los adolescentes gocen de sus derechos (UNFPA, 2013).

El caso particular de la Argentina exhibe continuidades con los factores identificados a nivel general. Así, entre los determinantes sociales mencionados con mayor frecuencia cabe resaltar “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 y la incapacidad del sistema educativo para retener a los alumnos”, factores que afectan desproporcionalmente a aquellos adolescentes en situación de vulnerabilidad (Brizuela, Abalos, Ramos, & Romero 2014). La dimensión de género también es primordial en nuestro país, especialmente a la luz de que, por ejemplo, un 24% de las jóvenes de 15 a 29 años de la Provincia de Buenos Aires que declaró no utilizar métodos anticonceptivos sostuvo no haberlo hecho porque “su pareja no quería” (Encuesta Joven, 2017).

2.3 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La complejidad del embarazo en la adolescencia también se expresa en sus consecuencias graves para los adolescentes en una multiplicidad de dimensiones.

El embarazo y/o maternidad en la adolescencia refuerza tendencias a la interrupción de la trayectoria escolar, a inserciones precarias en el mercado de trabajo y a la reproducción intergeneracional de la pobreza, además de impactar en la salud de la adolescente. En especial para las mujeres en contextos socioeconómicos vulnerables – donde a la vez el embarazo se presenta con más frecuencia–, la maternidad a edades tempranas también parece actuar como refuerzo de roles tradicionales de género, prolongando situaciones de subalternidad y domesticidad que restringen sus derechos en el espacio público (Gogna y Binstock, 2017). Son estos impactos interrelacionados los que hacen imperiosa la implementación de una estrategia integral, que dé cuenta de los determinantes del fenómeno mencionados y se funde en los ejes conceptuales descriptos.

Impacto en la Trayectoria Educativa

Existe una estrecha relación ampliamente documentada entre la permanencia en el sistema educativo y la reducción del embarazo no intencional en la adolescencia (UNFPA, 2013).

que las jóvenes tienen su primer hijo.⁶ Tanto como causa o como efecto del embarazo adolescente, la deserción escolar está fuertemente asociada con la maternidad temprana. En muchos casos, las adolescentes dejan de estudiar y, luego, quedan embarazadas como una búsqueda de completar un proyecto de vida que ha quedado trunco. Así, en la Argentina un 55% de las madres adolescentes ya había abandonado la escuela antes de la ocurrencia del primer embarazo (Binstock, 2016). En otros casos, la secuencia es inversa: el embarazo es el factor desencadenante que precipita más tarde el abandono de la escuela. En este sentido, un 30% de las jóvenes de entre 15 y 29 años que abandonó el secundario declaró haberlo hecho por embarazo o maternidad (ENJ, 2014). Asimismo, el 30% de los jóvenes que cuida a otras personas dejó de estudiar o trabajar para dedicarse a esa labor (42% en mujeres y 13% en varones) (INDEC, 2015).

Impacto en la Inserción Laboral

El embarazo en la adolescencia tiene un impacto determinante en las posibilidades de los jóvenes de insertarse plenamente en el mercado laboral. Concretamente, las madres jóvenes tienen una mayor probabilidad de estar inactivas que sus contrapartes que no son madres (56% vis à vis 44%), y, en paralelo, un 67% de los jóvenes que no estudia, no trabaja ni busca trabajo son mujeres que cuidan niños en sus hogares (INDEC, 2015). La mayor inactividad laboral, entonces, se encuentra fuertemente vinculada con la demanda de las tareas de cuidado en el hogar, tareas que recaen mayoritariamente en las mujeres. Las barreras a la inserción laboral son especialmente críticas en el caso de las mujeres de sectores vulnerables empleadas en las categorías ocupacionales más bajas (servicio doméstico y cuentapropista no calificado), dado que sus salarios representan en promedio el 41% del ingreso total de sus hogares (INDEC, 2015).

La ausencia de dicho ingreso para estas jóvenes deviene en mayores dificultades para poner fin al ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia también repercute en desmedro de la calidad de la inserción laboral de los jóvenes padres. El embarazo en edades tempranas sitúa a estos jóvenes frente a la necesidad de generar un ingreso para sostener al nuevo núcleo familiar. De este modo, los varones jóvenes adelantan el “momento ideal” para insertarse laboralmente e ingresan al mercado laboral de manera precaria. Este hecho tendrá consecuencias decisivas en su trayectoria hacia el trabajo decente (De León, 2017) (Bertranou & Casanova, 2015).

Impacto en la Salud

El embarazo en la adolescencia también se asocia con riesgos más altos de complicaciones de salud en el período perinatal para la adolescente y su hijo. En comparación con las madres en la franja etaria 20-24, las madres de 10 a 19 años han mostrado mayor probabilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo como durante el parto o el puerperio. En todos los grupos etarios de adolescentes se han observado mayores riesgos de hemorragia posparto, infecciones uterinas, parto pre término, así como también bajo peso del bebé al nacer, menor desarrollo para la edad gestacional y mayor probabilidad de que sufra de condiciones neonatales severas (Ganchimeg y otros, 2014) (Conde- Agudelo, Belizán & Lammers, 2005). La Argentina muestra continuidades con estas tendencias generales en particular en lo relativo a los porcentajes de parto pre término y bajo peso del bebé al nacer, que descienden conforme aumenta la edad de la madre (Binstock & Pantelides, 2005).

Los riesgos enumerados son especialmente críticos en madres adolescentes menores de 15 años, además de sumarse otros como la

6. Esta sección sigue a De León, Gimena (2017)

probabilidad 4 veces mayor de muerte de la mujer en el embarazo, el mayor riesgo de muerte neonatal (en los 27 días posteriores al parto) y un 40% más de posibilidad de anemia materna, respecto del grupo etario de 20 a 24 años (Conde-Agudelo, Belizán & Lammers, 2005). En el caso de los embarazos en la adolescencia temprana (10 a 14 años) existe evidencia de que son en gran medida producto de situaciones de abuso y violencia sexual (Subcomisión de Ética Clínica, Sociedad Argentina de Pediatría, 2010). Este último dato exige considerar los impactos en términos de salud mental (y no sólo física) en el caso de las “niñas-madres” (Portnoy, 2005). La incidencia del aborto inseguro en las adolescentes (se estima que 15% de los abortos inseguros a nivel global ocurre en mujeres menores de 20 años), con el consiguiente impacto en la salud, es otro de los factores que exige una respuesta integral al embarazo no intencional entre las adolescentes.

Si bien existe un debate acerca de hasta qué punto las complicaciones asociadas al embarazo y maternidad detalladas pueden adjudicarse a la edad temprana o son en realidad explicadas por factores propios del entorno específico de las jóvenes vulnerables (Gogna y otros, 2004), lo cierto es que la evidencia sobre los riesgos significativos es concluyente. El debate en torno a las causas del impacto sobre la salud es relevante, entonces, a los efectos de poner el foco – también- en el ambiente socioeconómico en el que las jóvenes adolescentes desarrollan sus vidas. En síntesis, una política integral de disminución del embarazo no intencional se beneficiará de las sinergias con otras políticas de desarrollo y protección social en pos de que las adolescentes disfruten de una mejor atención integral.

Impacto en el Desarrollo

El embarazo en la adolescencia no sólo vulnera los derechos de los jóvenes en lo referido a su educación, inserción laboral y salud sino que también compromete las posibilidades de emprender un camino hacia el desarrollo sostenible, en dos sentidos.

En primer lugar, nuestro país atraviesa actualmente un período de bono demográfico: la proporción de población en edad activa es superior a la de población dependiente (niños y adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad). Esta ventana de oportunidad, no obstante, se cerrará alrededor del año 2040, cuando las proporciones se inviertan. Es fundamental que para ese entonces los jóvenes de hoy hayan desarrollado las capacidades humanas necesarias para constituirse en trabajadores productivos que puedan hacer frente a los requerimientos que generará una pirámide poblacional envejecida. Una política nacional de disminución del embarazo no intencional en la adolescencia contribuirá en pos de ese objetivo.

En segundo lugar, es esperable que la intervención a través del Plan Nacional también produzca un impacto positivo en una serie de variables económicas concretas, dado que el Estado paga un costo de oportunidad alto por no invertir en las mujeres jóvenes. En particular, se han estimado dos tipos de impacto. Por un lado, el embarazo en la adolescencia actúa en desmedro del crecimiento del PBI debido a las trayectorias educativas trunca y a la inactividad o inserción laboral precaria de las jóvenes madres (Chaaban & Cunningham, 2011). El embarazo en la adolescencia está asociado con un menor nivel de ingresos a lo largo de la vida para las madres adolescentes en comparación con los ingresos de sus contrapartes que deciden postergar la maternidad (Chevalier & Viitanen, 2003). Por otro lado, las barreras a la acumulación de capital humano y a la educación inherentes al embarazo en la adolescencia también suponen un impacto negativo sobre la productividad (Chaaban & Cunningham, 2011). Los jóvenes que ven interrumpidas sus trayectorias educativas tienen menores posibilidades de desarrollar habilidades cognitivas y socioemocionales, las más demandadas por los empleadores (Guerra, Modecki, & Cunningham, 2014). Así, se insertan precariamente en el mercado laboral y en puestos de trabajo no asociados a productividad que influyen en el desarrollo sostenible.

competitividad de la economía nacional en su conjunto.

En síntesis, las vulneraciones de los derechos de los jóvenes en términos educativos, laborales y de salud, así como también

las barreras al desarrollo nacional, hacen imperiosa la implementación de una política pública integral de disminución del embarazo no intencional en la adolescencia, que garantice el goce de los derechos menoscabados.

3. Diagnóstico

Desde la perspectiva socio sanitaria se reconoce un “abismo de experiencias”⁷ que separan a los adolescentes más jóvenes de los mayores. Por esto, resulta adecuado considerar la segunda década de la vida en dos períodos: la adolescencia temprana (entre los 10 a 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Este abismo cobra relevancia particular al considerar los determinantes del embarazo: en las adolescentes de 10 a 14 años deben considerarse más frecuentemente las situaciones de abuso y coerción, produciéndose situaciones de incesto (UNICEF, 2016) y de embarazos y maternidades infantiles forzadas (CLADEM, 2016). En las adolescentes de 15 a 19 años los determinantes se relacionan con condiciones de pobreza, estar fuera del sistema escolar, tener relaciones sexuales sin uso sistemático y/o adecuado de métodos anticonceptivos, y estar en pareja y/o conviviendo (Binstock y Gogna, 2014).

En la Argentina, el embarazo en la adolescencia ha ganado lugar en la agenda de investigación desde la década de los ochenta con trabajos realizados desde una perspectiva clínica. Posteriormente, los estudios de Pantelides y otros trataron de cuantificar el fenómeno en el país ante el descenso de la fecundidad global en la región (Giusti y Pantelides, 1991). Poco tiempo después comienzan a publicarse las primeras investigaciones que estudian

el fenómeno y sus determinantes desde el punto de vista de las ciencias sociales (Pantelides y Cerrutti, 1992; Pantelides y otros, 1995; Kornblit y Mendes Diz, 1996). Este abordaje incorpora posteriormente la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos tratando de situar el embarazo en la adolescencia en el marco de una comprensión más amplia del comportamiento reproductivo de las adolescentes y de las prácticas de riesgo en particular. Como indican Binstock y Gogna (2014) “es importante destacar que la mayoría de los trabajos sobre esta problemática, incluyendo los propios, se restringen al estudio de nacimientos durante la adolescencia o de embarazos en curso o que han llegado a término. Esto deja afuera un importante (y aún difícil de estimar) número de embarazos que se interrumpen voluntariamente”.

En términos sociodemográficos, el interés por la fecundidad adolescente se debe a que de las tasas de fecundidad de este grupo etario no se han modificado a pesar de que la tasa global de fecundidad -esto es, el número promedio de hijos por mujer- de la región sigue una tendencia al descenso. A su vez, hay evidencia de la repetición del embarazo en la adolescencia: en la Argentina, 1 de cada 4 de las mujeres que tuvo su primer hijo en la adolescencia tendrá el segundo antes de los 19 años (Binstock y Gogna, 2014).

7. Concepto utilizado en el Estado Mundial de la Infancia, 2011. UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_020311.pdf

Con respecto a la maternidad en la adolescencia, se advierten más dificultades por parte de las mujeres adolescentes madres (y sus parejas, sobre todo cuando también son adolescentes) para acceder a controles de salud y adoptar anticonceptivos efectivos. Esta dificultad contrasta con los aparentes avances que tienen otros grupos etarios en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Binstock y Pantelides, 2005; Rodríguez Vignoli y Cobos, 2014).

3.1 FECUNDIDAD

La tasa de fecundidad adolescente⁸ de América Latina se destaca a escala mundial por ser comparativamente elevada, sólo superada por la del África Subsahariana. Una característica adicional es que su comportamiento no acompaña al observado para la fecundidad total⁹: la fecundidad adolescente es mucho más alta que la que se esperaría por la

fecundidad total y por otros indicadores sociales, como los niveles educativos y los grados de urbanización de los adolescentes (Rodríguez Vignoli y Cobos, 2014). A causa de ello, América Latina es la región del mundo con mayor concentración de nacimientos en mujeres adolescentes: según estimaciones de las Naciones Unidas, 13% de los 14 millones de niños que nacen anualmente de madres en la adolescencia en el mundo. En la Argentina, en los últimos 25 años se observan fluctuaciones en las tasas de fecundidad adolescente de 10-14 y de 15-19 años, aunque la tendencia de la tasa total es estable (Ver Cuadro 1 y Gráfico 1). Aun así, cabe mencionar las variaciones en la tasa de fecundidad de mujeres madres en la adolescencia entre 15 y 19 años: tras una caída en los valores entre 1990 y 1995, se observa un aumento en los años 2000 y 2010. En 2015 (65,1 x 1000 nacidos vivos). Por la baja frecuencia relativa de los nacidos vivos de adolescentes de 10-14 años, las interpretaciones sobre las fluctuaciones deben ser realizadas con cuidado.

Cuadro1. Tasas de fecundidad adolescente temprana, adolescente tardía y adolescente total. Argentina. 1990-2015.

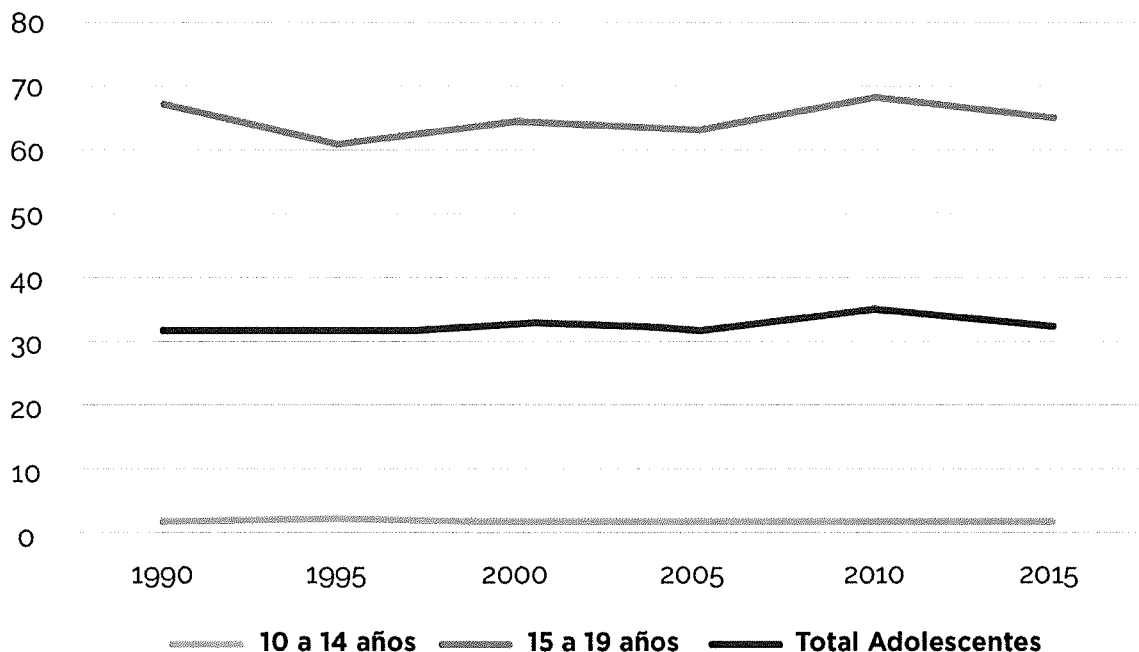
AÑO	TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TEMPRANA (10 A 14 AÑOS)	TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TARDÍA (15 A 19 AÑOS)	TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TOTAL
1990	1,8	67,3	31,7
1995	2,1	60,9	31,8
2000	1,9	64,3	32,5
2005	1,5	63,1	31,9
2010	1,9	68,2	34,8
2015	1,6	65,1	32,3

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de UNICEF, INDEC y DEIS.

8. Tasa específica de fecundidad por edad es el número de nacidos vivos registrados en la población femenina de un grupo de edad específico de una zona geográfica dada en un año dado sobre la población femenina de ese grupo de edad de la zona geográfica dada en mitad del mismo año por 1000. (Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años - República Argentina - Año 2008. <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Boletin128.pdf>)

9. La tasa global de fecundidad se expresa en número de hijos por mujer al final de su vida fértil. Es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período vital.

Gráfico 1. Evolución de las tasas de fecundidad adolescente temprana, adolescente tardía y adolescente total. Argentina. 1990-2015.



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de UNICEF, INDEC y DEIS.

La fracción del total de nacimientos que corresponden a madres adolescentes menores de 20 años es otro indicador que permite analizar la incidencia de este fenómeno. El promedio para América Latina y el Caribe es de 18%, mientras en el mundo es del 10% y en Europa o Asia se ubica entre el 5 y 7% (UNFPA, 2016).

2015 nacieron en la Argentina 2787 hijos de madres adolescentes ≤ 14 años y 108912 hijos de mujeres adolescentes de 15-19 años, los que representan un 0,4% y 14% del total de los nacimientos, respectivamente.¹¹ El aporte del grupo de 15- 19 años se ha mantenido estable en los últimos tres quinquenios (Pantelides y Menéndez, 2012).

En términos absolutos, el número de nacidos vivos totales y por provincia permite observar los pesos relativos y las disparidades a nivel jurisdiccional.¹⁰ En

Las provincias de Formosa, Chaco y Misiones (todas ellas en la región del NEA) tienen las proporciones más altas de nacimientos de mujeres adolescentes. En contraposición,

10. Debe destacarse que, por su tamaño y características socioeconómicas y sociodemográficas, la Provincia de Buenos Aires ha sido separada en dos sub-jurisdicciones: partidos del conurbano y resto de la provincia.

11. En el caso de los nacimientos menores de 14, vale destacar aquí que una proporción correspondería a circunstancias comprendidas como abuso sexual. El Código Penal de la Nación tipifica el abuso sexual como delito y específicamente si la niña es menor de 13 años sin que medie violencia física o haya sido sometida en contra de su voluntad o haya existido abuso de poder. A partir de diversos estudios especializados en abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes, se estima que los casos son muy frecuentes y su número supera las denuncias realizadas. No se dispone de información respecto de cuántas de estas niñas y adolescentes solicitaron interrupciones legales del embarazo y pudieron acceder en tiempo y forma siguiendo las normativas vigentes (UNICEF, 2016).

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego tienen proporciones por debajo del promedio nacional (6% y 10% respectivamente), al igual que Provincia de Buenos Aires (12%), Córdoba (13%) y Santa Cruz (13%). Si bien la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes

residentes en la Provincia de Buenos Aires está por debajo del promedio nacional, su aporte en términos de la proporción de nacimientos sobre el total de nacimientos de madres adolescentes debe ser resaltado: 3 de cada 10 nacimientos de madres adolescentes ocurren en esta jurisdicción (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Nacidos vivos totales, de mujeres madres de ≤14 años y de 15-19, según jurisdicción de residencia de la mujer. Argentina, 2015

JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE	NACIDOS VIVOS	MUJERES MADRES ≤ 14 AÑOS		MUJERES MADRES ENTRE 15 - 19 AÑOS	
		TOTAL	%	TOTAL	%
Total País	770040	2787	0,4	108912	14
CABA	41866	38	0,1	2462	6
Partidos Conurbano	202781	282	0,1	23684	12
Resto Provincia Buenos Aires	84742	158	0,2	9816	12
Catamarca	6853	40	0,6	1281	19
Córdoba	58558	176	0,3	7493	13
Corrientes	20658	146	0,7	3878	19
Chaco	25952	271	1	5791	22
Chubut	9858	27	0,3	1334	14
Entre Ríos	23572	129	0,5	3941	17
Formosa	12331	131	1,1	2782	23
Jujuy	13265	61	0,5	2458	19
La Pampa	5398	19	0,4	742	14
La Rioja	6274	24	0,4	1005	16
Mendoza	35476	97	0,3	4900	14
Misiones	27168	219	0,8	5834	21
Neuquén	11838	42	0,4	1640	14
Río Negro	12734	47	0,4	1757	14
Salta	28379	182	0,6	5445	19
San Juan	15168	64	0,4	2480	16
San Luis	8101	25	0,3	1228	15
Santa Cruz	6336	23	0,4	823	13
Santa Fe	57439	296	0,5	8645	15
Santiago del Estero	19061	111	0,6	3664	19
Tucumán	30188	168	0,6	5283	18
Tierra del Fuego	3037	4	0,1	302	10
Otros Países	364	4	1,1	77	21
Lugar no especificado	2661	3	0,1	167	6

Fuente: Elaboración propia apartir de datos de DEIS (2015).

IF-2017-19196478-APN-SSDNA YF#SENNAF

3.2 FACTORES INTERVINIENTES EN LA FECUNDIDAD

Los modelos explicativos sobre la fecundidad consideran que existen relaciones entre determinantes que, de modificarse, provocarían un cambio de nivel en la fecundidad. Estos modelos no profundizan en el por qué de los valores que toman esas variables, aunque reconocen que las explicaciones deben buscarse en el campo de la biología, de la sociedad y la cultura (Davis y Blake, 1967). Las variables que suelen considerarse son la edad a la iniciación sexual, el acceso y uso de anticonceptivos y la interrupción del embarazo. Se considera que las políticas deberían intervenir sobre ellas para generar cambios en los niveles de fecundidad. Específicamente, OMS y UNFPA recomiendan a los Estados limitar los matrimonios antes de los 18 años; promover los programas de prevención del embarazo en la adolescencia; proveer información y promover la adopción de métodos anticonceptivos; sensibilizar sobre la existencia de relaciones sexuales bajo coacción y violencia y habilitar el acceso a servicios seguros de aborto y posaborto según las normas vigentes (OMS y UNFPA, 2017).

Respecto del efecto de la edad de iniciación sexual, los argumentos sostienen cierta lógica básica: cuanto antes sea la iniciación sexual de la mujer, mayor exposición a quedar embarazada. En la Argentina, según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) realizada en 2013, la edad promedio de iniciación sexual se ubica a nivel país a los 15,5 años para aquellos que en el momento de la encuesta tenían entre 14 y 19 años (Ministerio de Salud, 2015). Cuando se considera la franja de entrevistados entre 20 y 29 años, la edad asciende a 17,1 años sugiriendo un adelantamiento de la edad de la primera relación sexual. Aun cuando la ENSSyR considera los promedios a nivel de las regiones del país, pareciera haber

consenso en torno a que la mayoría de los adolescentes se inician entre los 15 y los 19 años, y que las edades de iniciación sexual podrían ser más tempranas en el NOA.

En relación al uso de anticonceptivos, los datos de la ENSSyR indican que el 90,4% de las mujeres entre 14 y 19 años -al momento de la encuesta- usaron un método anticonceptivo (MAC) en su primera relación sexual. Esta proporción no es homogénea por región: en GBA el porcentaje asciende a 97,7 %; en cambio, en las regiones de Cuyo y NOA es de 86,9% y 80,2% respectivamente. Respecto del uso de MAC al momento de la encuesta, se observa que 90,1% en esa misma franja etaria reporta hacerlo.¹² Llamativamente, es la proporción más alta, dado que a medida que avanzan los tramos de edad la proporción desciende hasta 70,1% en las mujeres de 40-49 años.

La ENSSyR consultó también acerca de quién o quiénes tomaron la decisión de la utilización del MAC actual: 6 de cada 10 mujeres de entre 14 y 19 años decidieron conjuntamente con su pareja qué método se usaría con mayor frecuencia y 3 de cada 10 tomaron la decisión por ellas mismas. Estos datos permiten inferir que 9 de cada 10 de las mujeres de 14 a 19 años usuarias de MAC han tenido protagonismo en la elección del MAC a usar con mayor frecuencia.

Otra información que reporta la ENSSyR es la relacionada con la obtención gratuita de los MAC: sólo 43,3 % de las mujeres de entre 14 y 19 años lo obtuvieron sin mediar pago alguno, proporción similar a la de los otros grupos de edad. Sin embargo, se observan disparidades por región: el porcentaje desciende a 21,7% para la región patagónica y a 29,7% para la región NOA. Esto no implica necesariamente que quienes no acceden gratuitamente a los MAC no los utilicen, pero es una barrera potencial importante para el acceso y la continuidad de su uso.

12. Los datos no refieren a varones.

Por último, respecto de la interrupción del embarazo, debe mencionarse que al ser una práctica legalmente restringida, la medición de la incidencia real -especialmente en las adolescentes-, es muy compleja (Mario y Pantelides, 2009). Los datos oficiales indican que en 2013 se registraron 8662 egresos hospitalarios por abortos de adolescentes en todo el país (Ministerio de Salud, 2015). Esta cifra representa un promedio diario de 24 adolescentes que egresaron de un hospital público luego de haber estado internadas por una situación de aborto que puede ir desde complicaciones de abortos inseguros a causales comprendidas dentro de la normativa vigente.¹³

3.3 EMBARAZO NO INTENCIONAL Y FACTORES DE INCIDENCIA

Muy recientemente se han tratado de abordar los diferentes perfiles de intencionalidad en relación con el embarazo en las adolescentes, analizando particularmente dimensiones como intencional o planeado, no intencional, y ambiguo desde la perspectiva de las adolescentes. La dimensión de "no intencional" puede incluir a un espectro

de situaciones que van desde embarazos productos de abuso a los que son resultado de uso inadecuado o falla de MAC (Jaccard et al. 2003; Speizer et al. 2004 citados en Macutkiewicz y MacBeth, 2017).

En la Argentina, los datos agregados 2010-2014 del Sistema Informático Perinatal (SIP)¹⁴ permiten observar que la proporción de embarazo no intencional, para las mujeres madres de todas las edades alcanza valores considerables: 6 de cada 10 mujeres reportaron que el embarazo fue no intencional en el consolidado del período 2010-2014. Entre las mujeres madres menores de 20 años, esa proporción es aún mayor (68,1%) (ver Cuadro 3).

En términos jurisdiccionales, para las mujeres madres de todas las franjas etarias, las provincias donde la proporción de embarazos no intencionales es mayor son: Salta (70,3%), Santiago del Estero (70,3%), La Rioja (70 %) y Formosa (69,8%). En ellas, puede decirse que 7 de cada 10 embarazos fueron no intencionales. Esta situación se repite cuando se consideran las mujeres menores de 20 años: La Rioja (79%); Salta (77,1%), Jujuy (76,1%) y Formosa (74,1%).

13. Ver Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales y Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.

14. El Sistema Informático Perinatal Gestión (SIP G) impulsado por el CLAP SMR OPS-OMS que se recolecta de forma sistemática desde 2010 en la mayoría de las instituciones públicas de la Argentina que atienden partos. IF-2017-19196478-APN-SSDNA YF#SENNAF

Cuadro 3. Embarazos intencionales y no intencionales, por grupos de edad y jurisdicción. Instituciones públicas de la Argentina. Consolidado SIPG 2010-2014.

FRANJA ETARIA DE MUJERES MADRES	TODAS LAS MUJERES MADRES		MUJERES MADRES ≤ 19 AÑOS		MUJERES DE ≥ 20 AÑOS	
	NO INTENCIONAL	INTENCIONAL	NO INTENCIONAL	INTENCIONAL	NO INTENCIONAL	INTENCIONAL
Total	59,1%	40,9%	68,1%	31,9%	56,5%	43,5%
Buenos Aires	58,0%	42,0%	66,0%	34,0%	55,6%	44,4%
CABA	58,1%	41,9%	68,8%	31,2%	55,8%	44,2%
Catamarca	63,7%	36,3%	73,1%	26,9%	60,9%	39,1%
Chaco	47,5%	52,5%	56,6%	43,4%	44,0%	56,0%
Chubut	55,0%	45,0%	69,4%	30,6%	50,8%	49,2%
Córdoba	59,9%	40,1%	71,4%	28,6%	56,7%	43,3%
Corrientes	64,4%	35,6%	69,9%	30,1%	62,6%	37,4%
Entre Ríos	53,6%	46,4%	63,7%	36,3%	50,1%	49,9%
Formosa	69,8%	30,2%	75,0%	25,0%	68,0%	32,0%
Jujuy	62,5%	37,5%	76,0%	24,0%	58,5%	41,5%
La Pampa	57,3%	42,7%	69,0%	31,0%	54,0%	46,0%
La Rioja	70,0%	30,0%	79,0%	21,0%	67,6%	32,4%
Mendoza	57,3%	42,7%	67,1%	32,9%	54,7%	45,3%
Misiones	65,0%	35,0%	70,3%	29,7%	62,8%	37,2%
Neuquén	55,0%	45,0%	71,4%	28,6%	50,6%	49,4%
Río Negro	53,3%	46,7%	69,0%	31,0%	48,8%	51,2%
Salta	70,3%	29,7%	77,1%	22,9%	68,1%	31,9%
San Juan	59,4%	40,6%	64,3%	35,7%	58,1%	41,9%
San Luis	59,0%	41,0%	69,3%	30,7%	55,5%	44,5%
Santa Cruz	51,7%	48,3%	70,8%	29,2%	47,7%	52,3%
Santa Fe	45,3%	54,7%	54,0%	46,0%	42,3%	57,7%
Santiago del Estero	70,3%	29,7%	77,5%	22,5%	67,9%	32,1%
Tierra del Fuego	49,9%	50,1%	74,5%	25,5%	45,1%	54,9%
Tucumán	60,5%	39,5%	68,2%	31,8%	58,2%	41,8%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIP (2015).

Uno de los factores intervinientes en la fecundidad señalado previamente es el uso de métodos anticonceptivos. Los datos provistos por SIP reportan -en los casos que la mujer refiere que el embarazo fue no intencional-

si estaba usando o no MAC, sin especificar frecuencia de uso/ adherencia al MAC en el caso de quienes estaban usando. Aun sin esta precisión, es esperable que los embarazos no intencionales de 2017 en adelante se reporten

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

en las mujeres no usuarias. Los motivos de no uso no pueden deducirse a partir de estos datos, pero se pueden hacer algunas observaciones (ver Cuadro 4).

En primer lugar, para el grupo etario de mujeres con edad igual a 14 o menor, el no uso de MAC asciende al 88,3% en el total país,

con valores extremos en Corrientes (97,8%) y La Rioja (96,7%). En la franja etaria de 15 a 19 años, la proporción de no uso entre las mujeres con embarazo no intencional también supera el 80%, algo menor que la franja etaria previa. Nuevamente los casos de provincias del NOA y NEA, son las que presentan las proporciones más altas de no utilización.

Cuadro 4. Embarazos no intencionales, según grupos de edad de la mujer, jurisdicción y utilización de métodos anticonceptivos. Mujeres con hijos nacidos vivos en instituciones públicas. 2010-2014.

JURISDICCIÓN	≤ 14 AÑOS		15 a 19 AÑOS		20 a 35 AÑOS		≥ 36 AÑOS	
	NO USO DE MAC	USO DE MAC	NO USO DE MAC	USO DE MAC	NO USO DE MAC	USO DE MAC	NO USO DE MAC	USO DE MAC
Total	88,3%	11,7%	80,6%	19,4%	75,8%	24,2%	77,5%	22,5%
Buenos Aires	83,5%	16,5%	75,2%	24,8%	71,5%	28,5%	73,4%	26,6%
Catamarca	88,4%	11,6%	81,8%	18,2%	75,7%	24,3%	77,7%	22,3%
Chaco	88,9%	11,1%	77,6%	22,4%	68,3%	31,7%	71,5%	28,5%
Chubut	82,5%	17,5%	69,6%	30,4%	3,0%	37,0%	63,3%	36,7%
Córdoba	92,3%	7,7%	82,2%	17,8%	74,3%	25,7%	73,6%	26,4%
Corrientes	97,8%	2,2%	94,4%	5,6%	92,5%	7,5%	91,5%	8,5%
CABA	79,8%	20,2%	78,5%	21,5%	77,3%	22,7%	76,9%	23,1%
Entre Ríos	86,5%	13,5%	70,4%	29,6%	62,4%	37,6%	63,7%	36,3%
Formosa	85,2%	14,8%	79,5%	20,5%	76,7%	23,3%	75,2%	24,8%
Jujuy	92,7%	7,3%	83,4%	16,6%	77,3%	22,7%	79,8%	20,2%
La Pampa	74,1%	25,9%	52,9%	47,1%	52,2%	47,8%	56,0%	44,0%
La Rioja	97,6%	2,4%	93,1%	6,9%	91,1%	8,9%	90,8%	9,2%
Mendoza	78,9%	21,1%	72,7%	27,3%	66,4%	33,6%	70,9%	29,1%
Misiones	95,7%	4,3%	91,2%	8,8%	86,8%	13,2%	87,1%	12,9%
Neuquén	81,8%	18,2%	67,0%	33,0%	54,0%	46,0%	59,4%	40,6%
Río Negro	76,3%	23,7%	68,4%	31,6%	58,2%	41,8%	64,5%	35,5%
Salta	96,1%	3,9%	94,5%	5,5%	92,7%	7,3%	93,5%	6,5%
San Juan	89,5%	10,5%	79,6%	20,4%	74,2%	25,8%	77,7%	22,3%
San Luis	79,2%	20,8%	76,6%	23,4%	71,3%	28,7%	67,5%	32,5%
Santa Cruz	75,9%	24,1%	75,4%	24,6%	69,1%	30,9%	75,0%	25,0%
Santa Fe	79,7%	20,3%	66,6%	33,4%	57,2%	42,8%	60,9%	39,1%
Santiago del Estero	96,1%	3,9%	94,4%	5,6%	91,0%	9,0%	91,3%	8,7%
Tierra del Fuego	100,0%	0,0%	61,9%	38,1%	60,5%	39,5%	61,5%	38,5%
Tucumán	96,0%	4,0%	92,7%	7,3%	87,0%	13,0%	88,5%	11,5%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de SIP (2015).

IF-2017-19196478-APN-SSDNAYF#SENNAF

Si se relaciona la edad de la mujer madre, la cantidad de partos y la no intencionalidad del último embarazo se puede observar nuevamente la particularidad del grupo de ≤14 años. En primer lugar, porque más del 80% de las nulíparas¹⁵ de esa franja de edad no buscaba el embarazo. Y, en segundo lugar, porque se observa una reducción notable de la proporción de no intencionalidad si

tiene al menos un parto previo. Al mismo tiempo, la diferencia de no intencionalidad / intencionalidad entre las que no habían tenido hijos y las que tuvieron entre 1 y 3 partos previos, es mucho menor para la franja de 15 a 19. De hecho, no hay diferencia entre la proporción de quienes tenían intención de embarazarse y quienes no, cuando ya tienen, al menos, un hijo (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Paridad e intencionalidad del embarazo. Mujeres menores de 20 años con hijos nacidos vivos en instituciones públicas. Argentina 2010-2014.

AÑO DEL NACIMIENTO				EMBARAZO INTENCIONAL		TOTAL
				NO	SÍ	
2010	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	85,6%	14,4%	100%
			1 A 3	59,6%	40,4%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,8%	40,2%	100%
			1 A 3	58,5%	41,5%	100%
2011	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	85,9%	14,1%	100%
			1 A 3	64,4%	35,6%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	60,8%	39,2%	100%
			1 A 3	57,5%	42,5%	100%
2012	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	82,9%	17,1%	100%
			1 A 3	67,3%	32,7%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,4%	40,6%	100%
			1 A 3	54,4%	45,6%	100%
2013	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	85,3%	14,7%	100%
			1 A 3	59,8%	40,2%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,1%	40,9%	100%
			1 A 3	54,4%	45,6%	100%
2014	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	83,4%	16,6%	100%
			1 A 3	65,9%	34,1%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,1%	40,9%	100%
			1 A 3	54,7%	45,3%	100%
TOTAL	≤ 14 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	84,5%	15,5%	100%
			1 A 3	63,9%	36,1%	100%
	15 a 19 AÑOS	PARIDAD	NULÍPARAS	59,6%	40,4%	100%
			1 A 3	55,9%	44,4%	100%

Fuente. Elaboración propia a partir de datos de SIP (2015).

IF-2017-19196478-APN-SSDNA YF#SENNAF