SAP
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Adolescencia: concepción- anticoncepción

Atención de la adolescente embarazada

Dra. Silvia Oizerovich

Definiciones Adolescencia

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa de la vida en la cual la persona adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica.

- Embarazo adolescente es aquél que se produce en mujeres menores de 19 años de edad.
- A su vez deben distinguirse los casos de embarazo de mujeres a partir de los 15 años de los de las adolescentes – niñas menores de 15 años.
- Los embarazos de adolescentes menores de 15 años, son principalmente, producto de violencia, coerción y/o abuso generalmente al interior de las familias* [2]

*Gomez et al: "Factores relacionados con el embarazo y la maternidad adolescente en América Latina y el Caribe". FLASOG 2011

Determinantes sociales y maternidad adolescente

El embarazo y la maternidad en la adolescencia se encuentran íntimamente relacionados con la pobreza. La maternidad temprana constituye un factor de reproducción intergeneracional de la pobreza

- Las condiciones materiales de vida de las jóvenes y las imágenes de sí mismas y de sus congéneres, así como sus expectativas son decisivas a la hora de exponerse o no a conductas de *riesgo reproductivo*.
- Los patrones de género se traducen en conductas sexuales y reproductivas de las y los adolescentes que mantienen inalterables los roles tradicionales de las mujeres y los varones

(Fuente: **Riesgo reproductivo en la adolescencia.** Desigualdad social y asimetría de género por Rosa Noemí Geldsin y Edith Alejandra Pantelides)

Factores sociales que pueden influir en el embarazo y la fecundidad adolescente:

- Patrones, expectativas, valores y pautas culturales en relación a las mujeres, su autonomía y la maternidad.
- Estructura socioeconómica o estratificación social.
- Estratificación por género y por etnia.
- Políticas públicas dirigidas a la salud sexual y salud reproductiva en los adolescentes.
- Lugar de residencia ("estilo de vida").
- Los grupos de sociabilidad.
- Nivel Educativo y clima educativo del hogar.

Fuente: Pantelides, Edith Alejandra, Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina.

América Latina y el Caribe

- La segunda región con mayor fecundidad adolescente en el mundo,
- Superada por África Subsahariana.
- Fenómeno más recurrente entre la población de menores ingresos,

Contribuyendo a la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Datos de Población Adolescente	
Cantidad de nacidos vivos de adolescentes menores de 15 años	2.419
Porcentaje de nacidos vivos de adolescentes menores de 15 años (5)	0,3%
Cantidad de nacidos vivos de adolescentes de 15 a 19 años	91.589
Porcentaje de nacidos vivos de adolescentes de 15 a 19 años	13,0%
5) Estadísticas Vitales, Información Básica - Año 2017 - DEIS/MSAL Serie 5 Nº 61	
Embarazo no planificado	58,4%
Embarazo no planificado en adolescentes menores de 15 años	84,9%
Embarazo no planificado en adolescentes de 15 a 19 años	67,5%
Embarazo no planificado y no uso de MAC	78,3%
Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes menores de 15 años	89,3%
Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes de 15 a 19	81,5%
Embarazo no planificado en nuliparas	58,9%
Embarazo no planificado en multiparas	58,5%
Embarazo no planificado en multíparas de 15 a 19 años	67,6%
7) Sistema de Información Perinatal - Subsecretaria de Salud Comunitaria - MSAL DINAMI DATOS AÑO 2016	

Porcentaje de NV 15 a 19 años , sus regiones geográficas y jurisdicciones periodo 2000-2017 y *porcentaje estimado de cambio anual* con *IC* del 95% en el último período

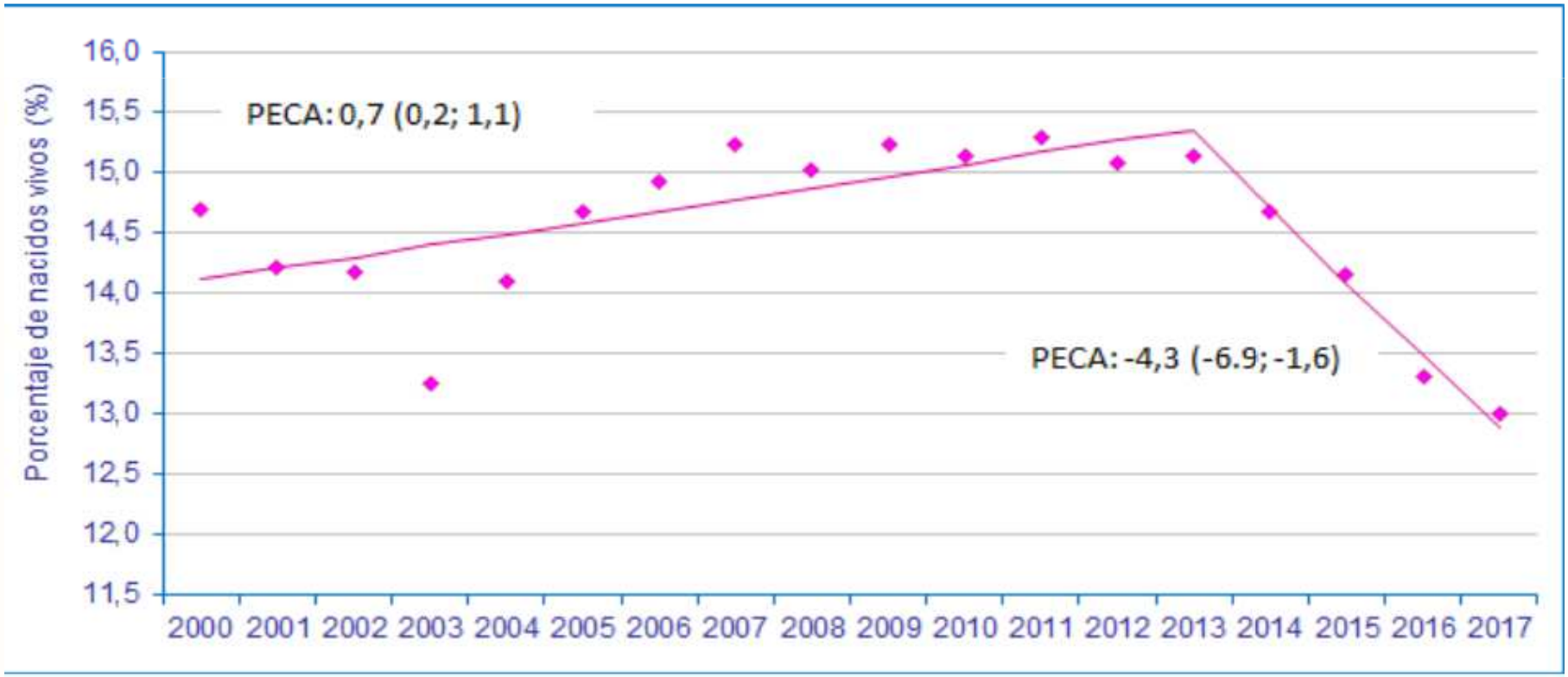
El 100% de las jurisdicciones disminuyeron el porcentaje de embarazos en adolescentes en el periodo 2000-2017 y en el 70% de las mismas, esta disminución fue estadísticamente significativa en los últimos 3 ó 4 años.

Jurisdicción	Porcentaje de NV de adolescentes (%)		Tendencia identificada al final del periodo			Significancia estadística	Último periodo identificado	NV de adolescente al inicio del periodo (%)	Reducción porcentual en el último período
	2000	2017	PECA	LCI	LCS				
Argentina - país	**14,7**	**13,0**	**-3,9**	**-4,9**	**-2,9**	**Sí**	**2013-17**	**15,1**	**86,1**
Buenos Aires	12,0	11,5	-3,9	-6,0	-1,8	Sí	2013-17	13,1	87,8
CABA	6,4	5,2	-5,0	-8,6	-1,4	Sí	2011-17	6,9	75,4
Córdoba	15,8	11,7	-2,5	-3,1	-1,8	Sí	2008-17	14,6	80,1
Entre Ríos	17,4	15,2	-4,1	-6,8	-1,3	Sí	2014-17	17,2	88,4
Santa Fe	17,5	13,0	-7,5	-10,9	-4,0	Sí	2015-17	15,1	86,1
Reg. Centro	**12,9**	**11,4**	**-3,3**	**-4,3**	**-2,3**	Sí	2012-17	**13,2**	**86,4**
La Rioja	16,3	14,0	-3,9	-6,3	-1,5	Sí	2011-17	18,5	75,7
Mendoza	13,3	11,8	-6,7	-9,4	-3,9	Sí	2013-17	15,5	76,1
San Juan	14,1	13,5	-8,6	-12,1	-5,1	Sí	2014-17	17,8	75,8
San Luis	16,5	13,5	-5,1	-11,0	1,2	No	2013-17	16,8	80,4
Reg. Cuyo	**14,3**	**12,6**	**-5,9**	**-8,3**	**-3,5**	**Sí**	**2013-17**	**16,3**	**77,3**
Corrientes	17,9	17,6	-3,1	-5,8	-0,4	Sí	2012-17	19,9	88,4
Chaco	23,2	19,6	-4,1	-6,5	-1,6	Sí	2013-17	23,0	85,2
Formosa	19,4	20,6	-2,3	-5,1	0,6	No	2013-17	23,0	89,6
Misiones	19,2	19,0	-6,6	-15,8	3,7	No	2015-17	21,5	88,4
Reg. NEA	**20,3**	**19,1**	**-3,2**	**-5,6**	**-0,7**	**Sí**	**2013-17**	**22,0**	**86,8**
Catamarca	18,6	16,0	-6,9	-12,1	-1,3	Sí	2014-17	19,4	82,5
Jujuy	17,4	16,0	-6,9	7,5	-1,1	No	2015-17	18,5	86,5
Salta	18,6	17,6	-4,9	-9,9	0,5	No	2014-17	20,0	88,0
Stgo. del Estero	17,3	18,2	-3,5	-6,2	-0,7	Sí	2013-17	21,3	85,4
Tucumán	15,3	15,5	-4,5	-9,7	1,0	No	2014-17	17,4	89,1
Reg, NOA	**17,1**	**16,7**	**-4,5**	**-8,3**	**-0,5**	**Sí**	**2014-17**	**18,9**	**88,4**
Chubut	19,4	20,6	-2,3	-5,1	0,6	No	2013-17	23,0	89,6
La Pampa	17,2	12,4	-4,3	-5,9	-2,6	Sí	2009-17	18,0	68,9
Neuquén	17,3	11,6	-5,7	-8,7	-2,6	Sí	2013-17	15,0	77,3
Río Negro	17,8	11,2	-8,7	-13,2	-4,0	Sí	2014-17	14,7	76,2
Santa Cruz	15,8	11,6	-3,6	-4,6	-2,6	Sí	2008-17	16,6	69,9
Tierra del Fuego	11,9	8,4	-5,4	-7,6	-3,1	Sí	2008-17	14,7	57,1
Reg. Sur	**17,1**	**11,2**	**-9,1**	**-14,7**	**3,2**	**No**	**2015-17**	**13,4**	**83,6**

Esta situación se ve reflejada en el total país. En el año 2000, el porcentaje de embarazos en adolescentes informado fue de 14.7%, alcanzando su máximo valor en los años 2011 a 2013 (15.3% a 15.1%); para luego disminuir hasta alcanzar un valor de 13.0%. Por lo cual se puede identificar un último periodo 2013-2017 en el que disminuye a un ritmo anual de -3.9% (estadísticamente significativo)

Gráfico 1: Evolución del porcentaje de nacidos vivos en adolescentes. Porcentaje estimado de cambio anual e intervalo de confianza del 95%. Argentina, 2000-2017

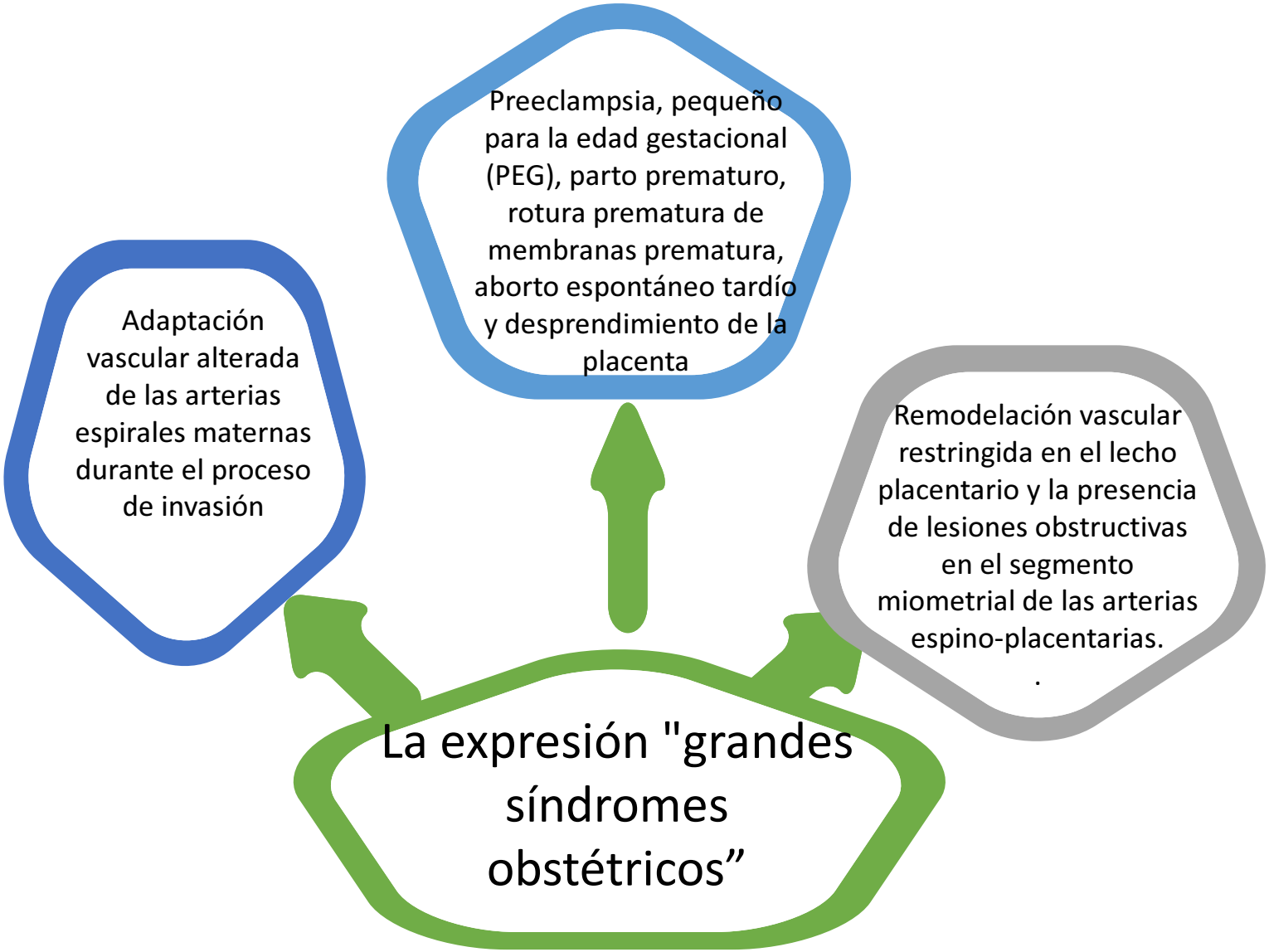
PECA Porcentaje de cambio anual



Adolescencia temprana: 10 a 14 años

Adolescencia tardía: 15 a 19 años.

0800 222 3444
saludsexual@msal.gob.ar - argentina.gob.ar/salud/salud sexual
Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Secretaría de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación



Epidemiología de los grandes síndromes obstétricos durante la adolescencia

British Journal of Obstetrics and Gynaecology
February 1999, Vol 106, pp. 116–121

Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality

*†Petra Otterblad Olausson, †‡Sven Cnattingius, *Bengt Haglund
*Centre for Epidemiology, National Board of Health and Welfare, Stockholm; †Department of Social Medicine, University Hospital, Uppsala; ‡Department of Medical Epidemiology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Análisis del Registro Médico de Nacimientos de Suecia.

- Las tasas de parto muy prematuro (<o = 32 semanas), según la edad materna, fueron: 13-15 años, 5.9%; 16-17 años, 2.5%; 18-19 años, 1,7%; y 20-24 años, 1.1%. Las altas tasas de parto muy prematuro entre adolescentes jóvenes explicaron casi por completo el mayor riesgo de mortalidad neonatal en este grupo

Los riesgos ajustados disminuyeron con la edad, lo que indica que la mortalidad neonatal en mujeres muy jóvenes se explica en gran medida por el aumento de las tasas de nacimientos muy prematuros.

American Journal of Obstetrics and Gynecology
Volume 186, Issue 5, May 2002, Pages 918-920

Resident's Papers: Obstetrics

Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital ☆

Chineta R. Eure MD, MPH, Michael K. Lindsay MD, MPH, William L. Graves PhD

Show more

https://doi.org/10.1067/mob.2002.123986

Get rights and content

Estudio retrospectivo de cohorte comparó los resultados del embarazo en 2930 jóvenes (11/15 años) y 11,788 adolescentes mayores (edades 15/19 años) con un grupo de control compuesto por 11,830 mujeres de 20 años o más

- En general, los adolescentes tenían significativamente más probabilidades de tener eclampsia (riesgo relación [RR], 2.23; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1.37e3.66), parto prematuro (RR, 1.12; IC del 95%, 1.04e1.21).
- En comparación con los sujetos control, las madres jóvenes en el grupo de 11 a 15 años de edad también fueron significativamente más propensas a tener preeclampsia (RR, 1.33; IC 95%, 1.15e1.54), eclampsia (RR, 3.24; 95%IC, 1.70e6.14), parto prematuro (RR, 1.47; IC 95%, 1.31e1.64), bajo peso al nacer (RR, 1.47; IC 95%, 1.31e71.64), y lactantes de muy bajo peso al nacer (RR, 1,25; IC del 95%, 1,01-71,56).

Journal
The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine ›
Volume 16, 2004 - Issue 5

365 Views | 72 CrossRef citations to date | 33 Altmetric

Research Article

Birth outcomes in teenage pregnancies

William Gilbert, Danielle Jandial, Nancy Field, Pamela Bigelow & Beate Danielsen

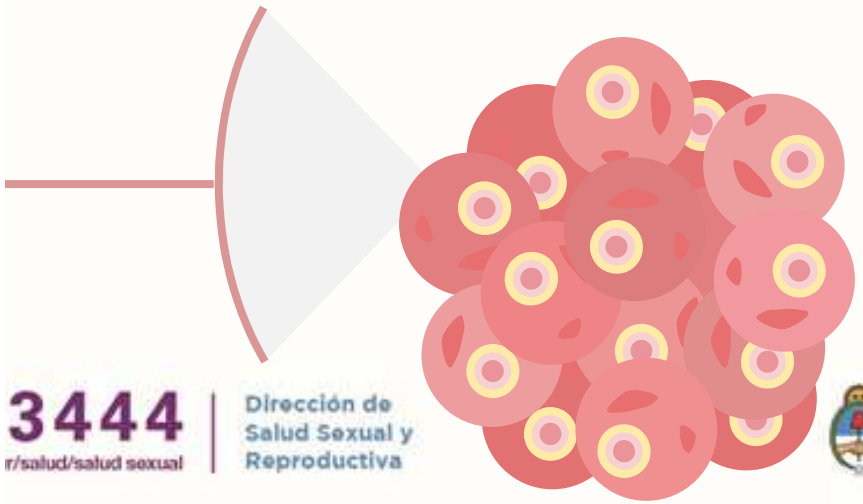
Un gran estudio basado en el registro que vinculó los certificados de nacimiento y fallecimiento con los registros del alta hospitalaria materno neonatal en California durante un período de 5 años (1992 y 1997) confirmó que el embarazo en adolescentes se asocia con una mayor mortalidad neonatal e infantil y morbilidades neonatales importantes en comparación con los embarazos en las mujeres mayores de control.

Maduración de células NK uterinas.

NK se acumulan en el endometrio durante la fase luteínica del ciclo, junto con los macrófagos, y los niveles alcanzan su punto máximo al final del primer trimestre del embarazo

Las células NK uterinas tienen baja citotoxicidad, al menos durante el embarazo, y son funcionales y fenotípicamente distintas de sus contrapartidas en la sangre periférica.

Parece probable que la programación cíclica incompleta de las células NK en un útero aún inmaduro contribuya a una remodelación vascular incompleta en los embarazos en la adolescencia. .



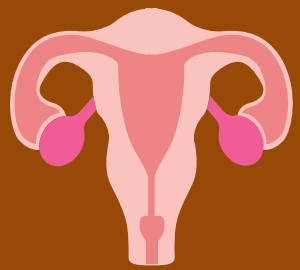
3444 | Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

r/salud/salud sexual

Minister Presi

Progesterona en el endometrio

El entorno endocrino, estrés celular (generado endógenamente o en respuesta a implantación / lesión tisular) es el desencadenante evolutivamente conservado de la decidualización



Estudios placentarios

- Reduce la proliferación de trofoblasto, deteriora la angiogénesis y atenúa el flujo sanguíneo uteroplacentario
- Lo que resulta en el nacimiento prematuro de un feto hipóxico con restricción de crecimiento y una placenta pequeña
- Correlación inversa entre la superficie vellositaria / capilar placentaria y la edad ginecológica, lo que sugiere que la inmadurez uterina es el principal impulsor de la disfunción placentaria durante la adolescencia

The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence
Ivo Brosens, MD, PhD; Joanne Muter, PhD; Caroline E. Gargett, PhD; Patrick Puttemans, MD; Giuseppe Benagiano, MD, PhD; Jan J. Brosens, MD, PhD

Epigenómica y Epigenética Porque en Adolescentes ?
Darle un nuevo sentido a la existencia 2015
Gentileza del Prof. Dr. García Cabazo

Reprogramación epigenética:

- cualquier alteración meiotica o mitótica que no resulta en un cambio de la secuencia del DNA pero que tiene un impacto significativo en el desarrollo del organismo.

La metilación del DNA y la modificación de histonas son las dos modificaciones epigenéticas mas importantes.

IMPACTO EN LA FECUNDIDAD DEL ADOLESCENTE

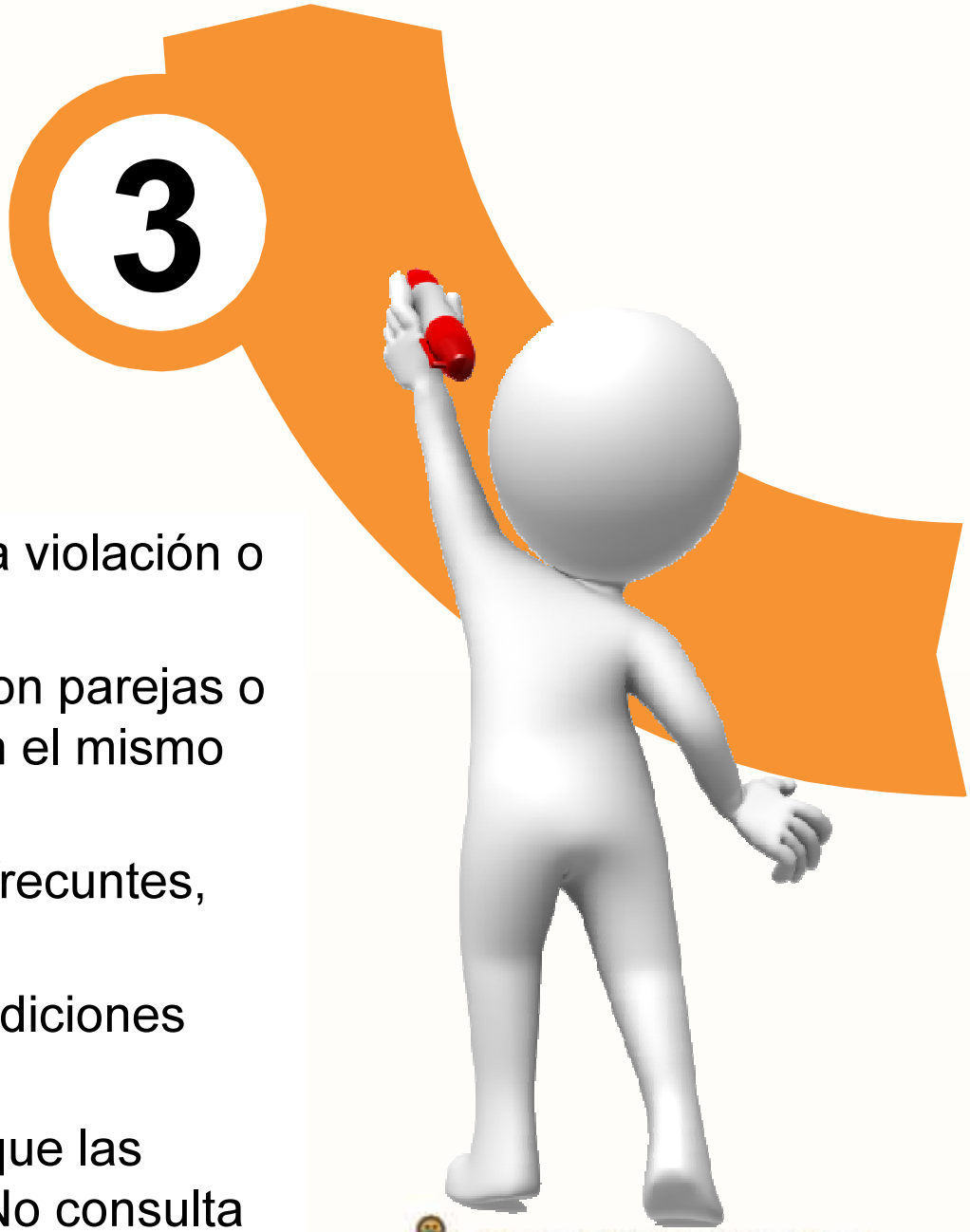
- Afecta significativamente en la población infantil de los hijos de madres adolescents
- Muerte y bajo peso al nacer.
- La buena calidad de atención puede impactar en los indicadores maternos, pero no mucho en los infantiles.
- No estan muy incluidos los adolescentes varones en los programas.
- El impacto en la morbilidad en mayor, como la anemia, la infección urinaria y la preeclampsia.
- La parasitosis, TBC, ITS/HIV

MAYOR VULNERABILIDAD EN LA ETAPA POST MENARQUICA

- EMBARAZO MENORES DE 14 AÑOS
- AMBIENTES HOSTILES
- ANEMIA Y MALNUTRICION NO CORREJIDA POR INICIO TARDIO DEL CONTROL
- LLEGAN AL PARTO SIN DIAGNOSTICO
- LA MORTALIDAD EN ESTA POBLACIÓN ES MAS FRECUENTE

EMBARAZO NO ESPERADO O NO INTENCIONAL EN UN CONTEXTO DE PAREJA DEBIL O AUSENCIA DE PAREJA

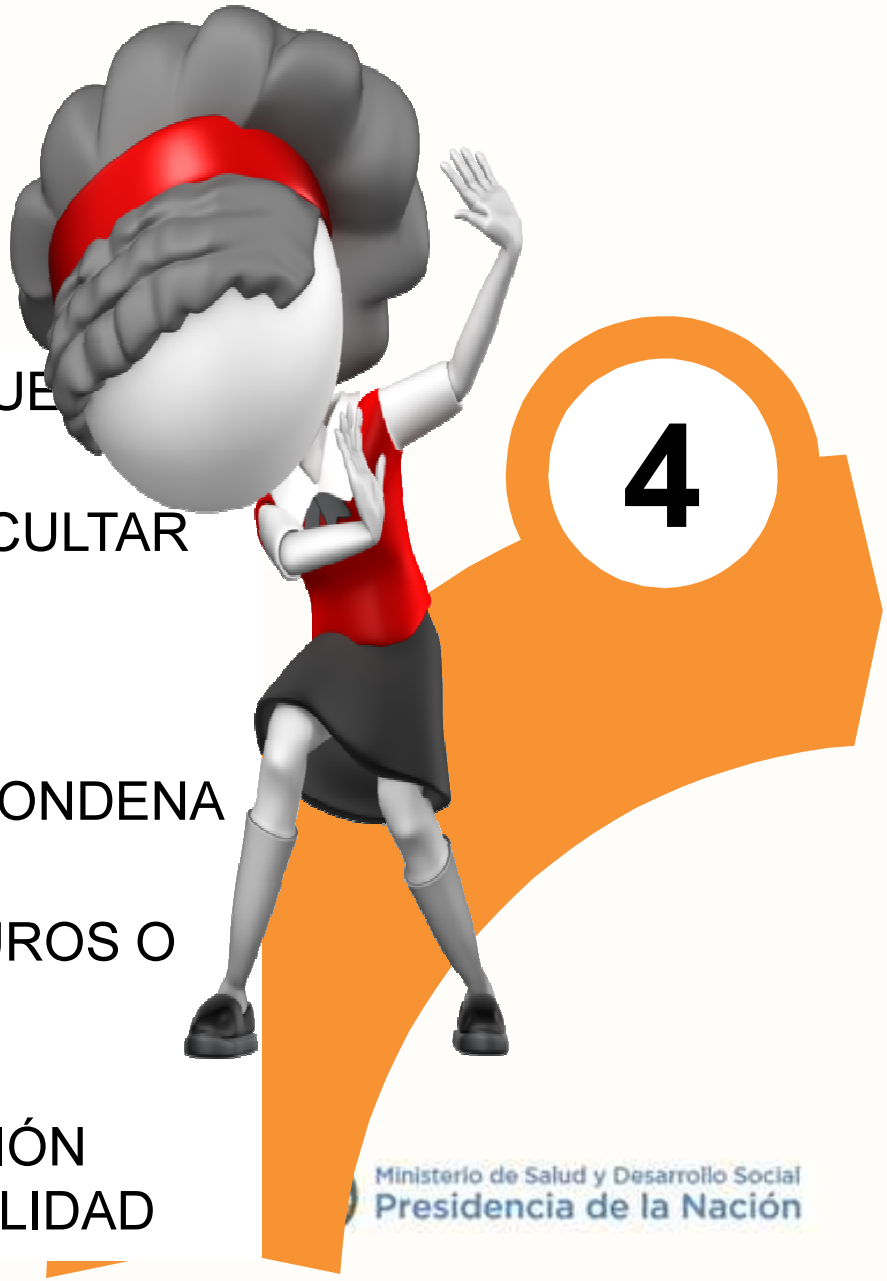
3



- En casi todos los casos implica violación o abuso sexual
- Generalmente los padres no son parejas o si son de la misma edad tienen el mismo grado de vulnerabilidad
- Los casos de aborto son muy frecuntes, pero ocultos.
- Los abortos se realizan en condiciones total de insalubridad
- El rechazo al embarazo hace que las conducta de riesgo aumente. No consulta

ACTITUD DE RECHAZO, DE OCULTAMIENTO Y CONTROL TARDIO DEL EMBARAZO O SIN CONTROL

- ANGUSTIA Y OCULTAMIENTO QUE RETRASA EL CONTROL
- REACCIONES QUE LLEVAN A OCULTAR EL HECHO O NO QUERER RECONOCERLOS
- UTILIZAN ESTRATEGIAS PARA OCULTARLO POR MIEDO A LA CONDENA PÚBLICA
- TERMINAN EN PARTOS INMADUROS O ABORTOS
- CON SEGUIMIENTO TERMINAN ACEPTANDO, PERO EN SITUACIÓN LUDICA, NO CON RESPONSABILIDAD



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

ABANDONO ESCOLAR

De 100% de las adolescentes estudiadas, el 60% desertaron durante el embarazo, el 40% restante ya había desertado del sistema escolar previo al embarazo.

No es solo una consecuencia del embarazo en adolescentes, sino juega un papel importante en e autocuidado y el cuidado del niño.

Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar
Marta Molina S1a, Cristina Ferrada N1a, Ruth Pérez V1a, Luis Cid S2b, Víctor Casanueva E3, Apolinaria García C4c.

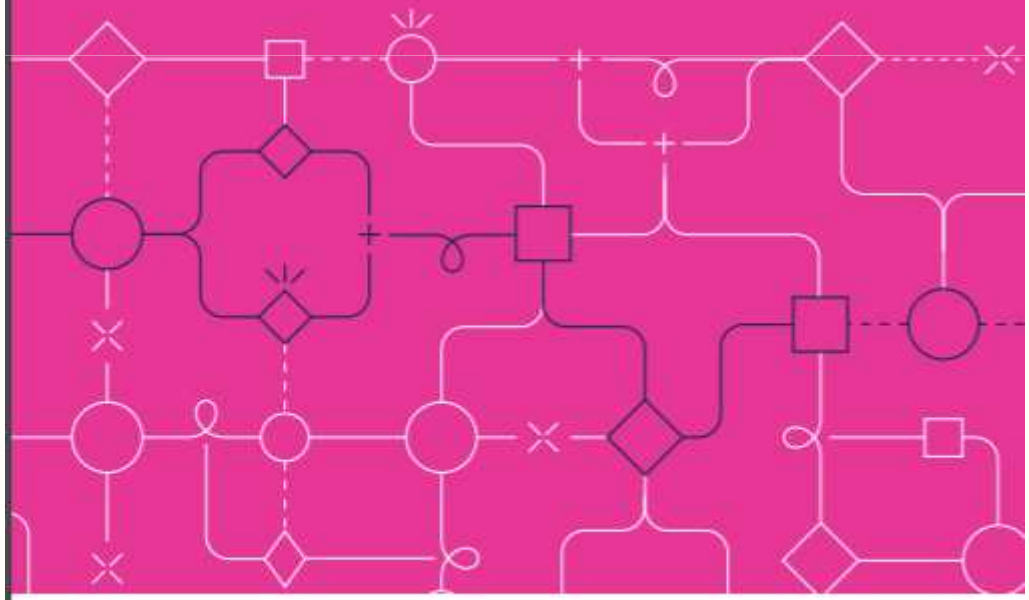
No. 327, August 2015

Adolescent Pregnancy Guidelines

- Los profesionales de la salud deben adaptarse a su necesidades y ofrecen atención multidisciplinaria, reconociendo que los adolescentes a menudo se presentan al prenatal más tarde.
- Los proveedores de atención médica deben ser sensibles a las necesidades únicas de desarrollo de los adolescentes.
- Son embarazos de alto riesgo. Deben reconocerse los riesgos físicos únicos del embarazo adolescente y la atención brindada debe abordarlos.
- Los padres y parejas deben incluirse tanto como sea posible en la atención del embarazo y la educación de atención prenatal.
- Se recomienda una ecografía del primer trimestre no solo por las razones habituales para fechar adecuadamente el embarazo, sino también para evaluar el aumento del riesgo.

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas

Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud.



unicef | para cada niño

Secretaría de Gobierno de Salud

Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

0800 222
saludsexual@msal.gob.ar - argentina.g
rio de Salud y Desarrollo Social
idencia de la Nación

En cualquiera de estas situaciones debe tenerse presente la definición de embarazo infantil forzado:

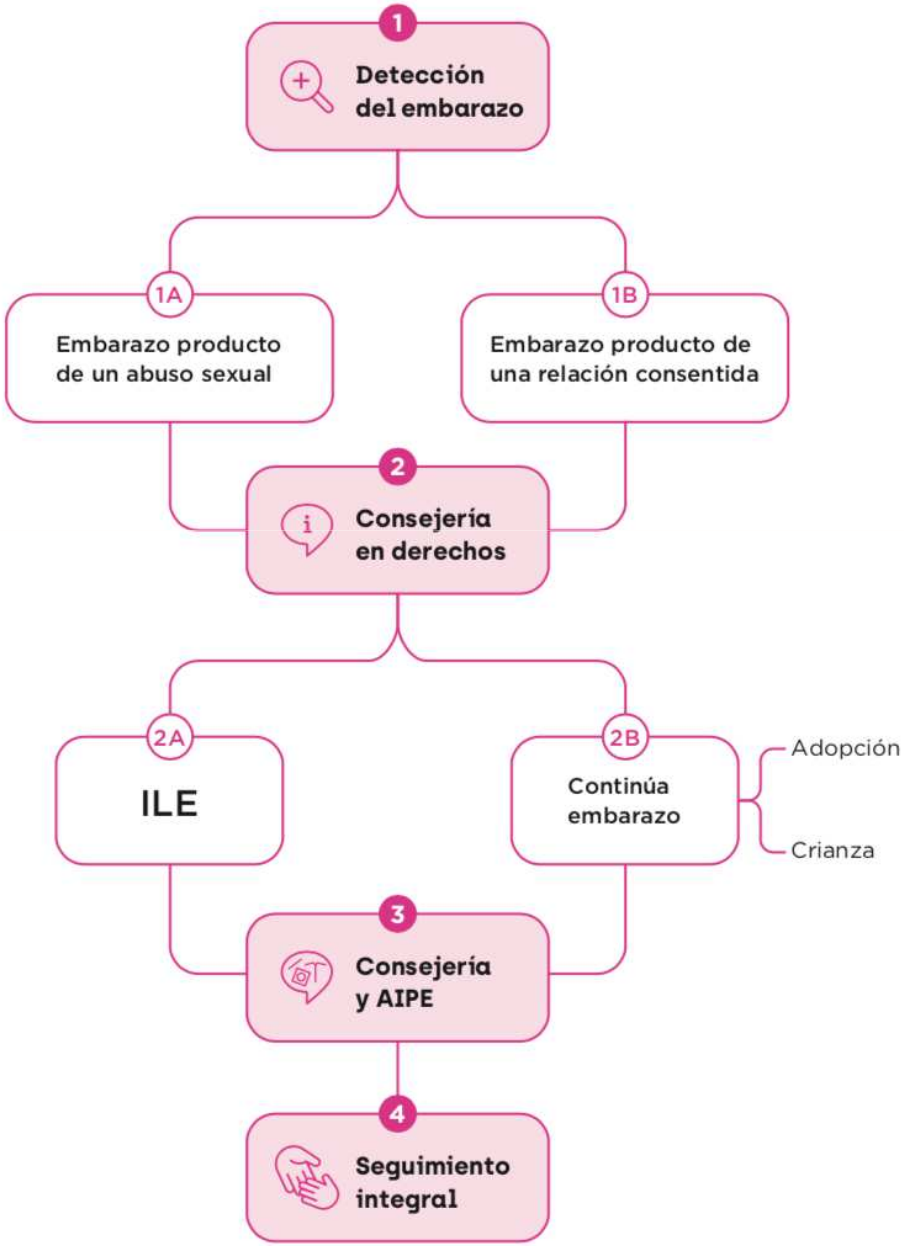
> *"Se produce cuando una niña queda embarazada sin haberlo buscado o deseado, o cuando se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. El embarazo forzado puede ser producto de una violación sexual o relación sexual consensuada por la niña no conociendo las consecuencias o, cuando conociéndolas, no pudo prevenirlas"* (CLADEM, 2015)

La falta de respuesta institucional a los embarazos forzados en NyA menores de 15 años son formas de violencia institucional e incumplen las garantías de derechos consagrados por la legislación nacional.

— Se incumple cuando no se da a la niña información para que decida.

— Se incumple cuando no se ofrece la posibilidad de Interrupción Legal del Embarazo y se actúa como si no hubiera otra posibilidad más que continuar con el embarazo.

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta



0800 2
saludsexual@msal.gob.ar - a

alud y Desarrollo Social
ia de la Nación

Tabla 1. Riesgos de resultados adversos de salud después de un intervalo muy corto entre cada embarazo[6–11]

Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre 6 meses después de un nacimiento vivo		
Resultado adverso	**Mayor riesgo**	
Aborto inducido	650%	
Aborto espontáneo	230%	
Muerte del recién nacido (<9 meses)	170%	
Muerte materna	150%	
Pre término	70%	
Nacido muerto	60%	
Bajo peso al nacer	60%	
Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre menos de 6 meses después de un aborto inducido o aborto espontáneo		
Mayor riesgo	**Con intervalo de 1–2 meses**	**Con intervalo de 3–5 meses**
Bajo peso al nacer	170%	140%
Anemia materna	160%	120%
Pre término	80%	40%

Conde-Agudelo A and Belizan JM. 2000.. *British Medical Journal* 321(7271):1255–1259. Rutstein SO. 2005. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl 1): S7–S24.

Embarazo no planificado (59.3%) Adolescentes (69,3%) y no uso de Métodos Anticonceptivos

- No uso de MAC entre las mujeres que señalaron que el embarazo no fue planificado.

Año de Registro	Grupo de Edad	
	15 a19 años	total
2017	**80,1%**	**76,2%**

Necesidades insatisfechas en anticoncepción.

Fuente: SIP Gestión. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud Nación
* Datos preliminares correspondientes a datos del sistema informático perinatal para la gestión (SIP G) de maternidades del subsector publico. Con una cobertura del 70% según RNV DEIS.

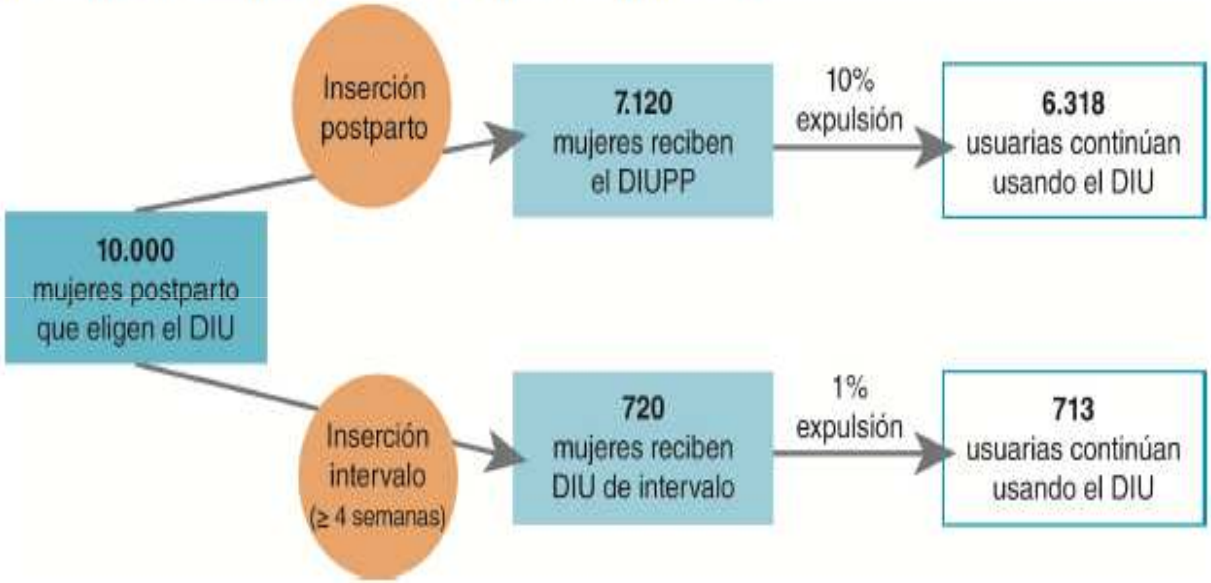
AIPE

Anticoncepción Inmediata Post Evento obstétrico

es el acceso de la persona al método anticonceptivo elegido, idealmente de larga duración antes del alta hospitalaria (48hs) luego de un evento obstétrico.

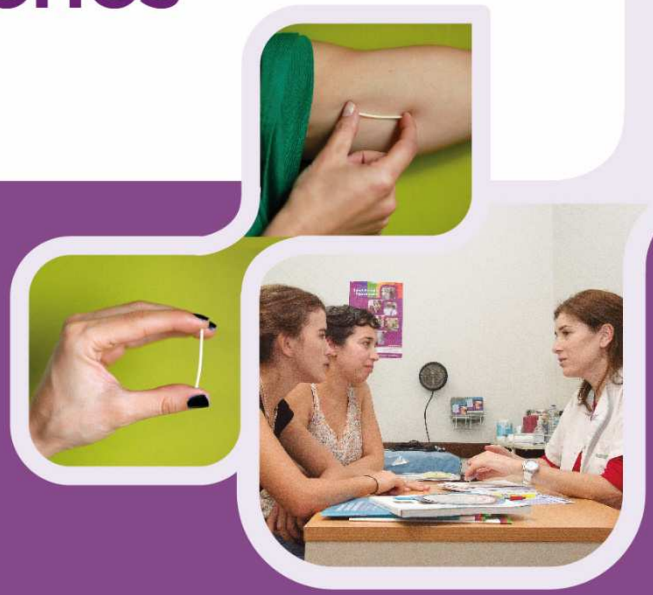
Consulta prenatal

Figura 3. Enfoque de la salud pública con relación al DIUPP



Mohamed SA et al. 2003. Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience. *Medical Principles and Practice 12(3): 170–175.*

Presentación del Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina



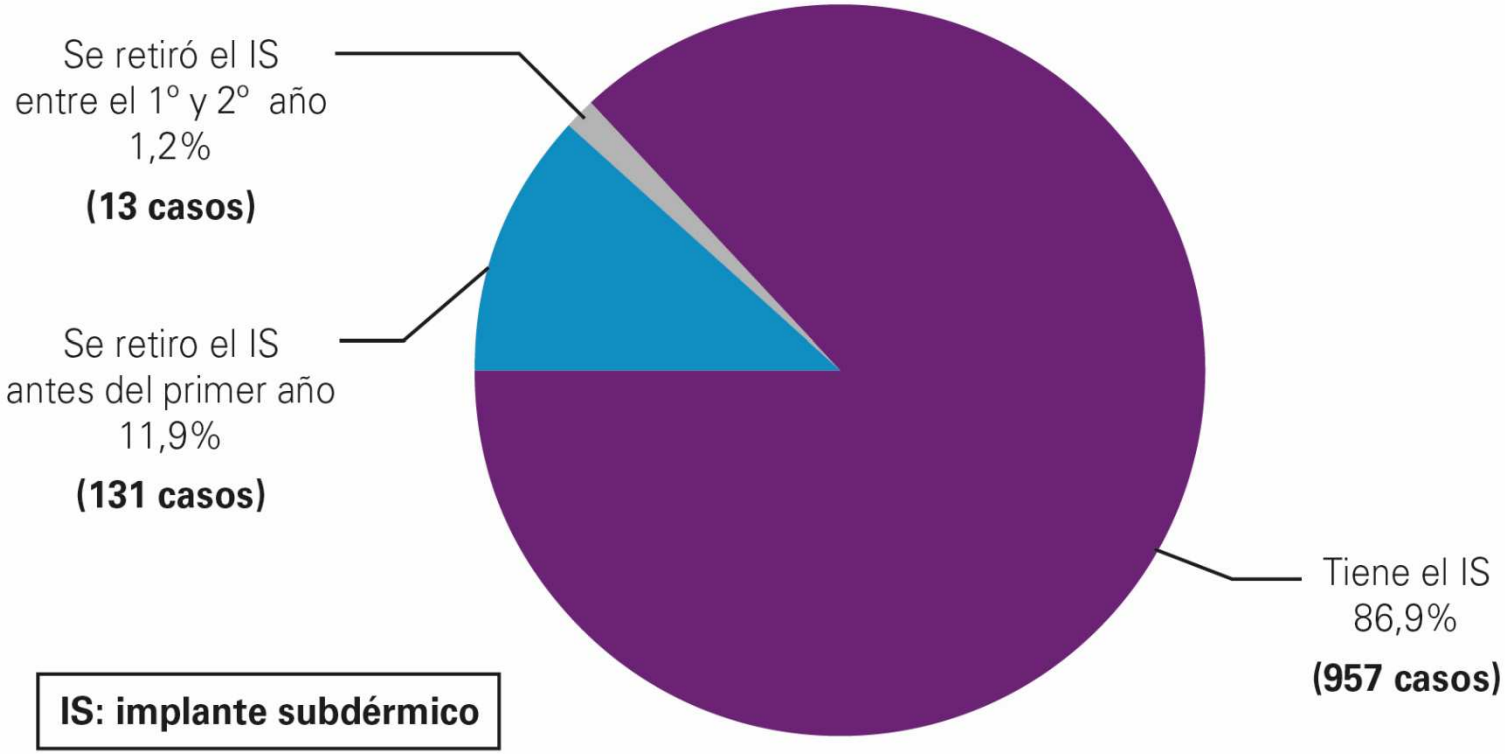
Buenos Aires,
19 de diciembre
de 2018

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de Gobierno de Salud

Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Distribución de mujeres según situación con el implante subdérmico (muestra: 1101 casos)



IS: implante subdérmico

Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia

2017 - 2019

Ministerio de Educación,
Cultura, Ciencia y Tecnología

de Educación

Ministerio de Salud
y Desarrollo Social

y Desarrollo Social

Presidencia
de la Nación

OBJETIVOS DEL PLAN

OBJETIVO 1

Sensibilizar a la población en general y a las/os adolescentes en particular sobre la **importancia de prevenir** y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia

OBJETIVO 2

Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la **disponibilidad, accesibilidad, calidad** y aceptabilidad de las prestaciones

OBJETIVO 3

Potenciar las decisiones informadas de las/os adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos

OBJETIVO 4

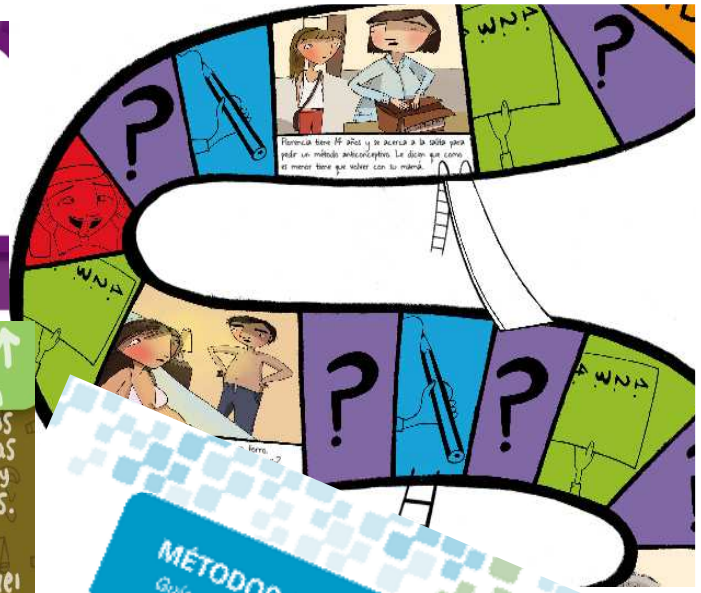
Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la interrupción legal del embarazo según marco normativo vigente

http://www.msal.gob.ar/index.php?filter_problematica=30&filter_soporte=0&palabra_clave=Revista&option=com_ryc_contenidos

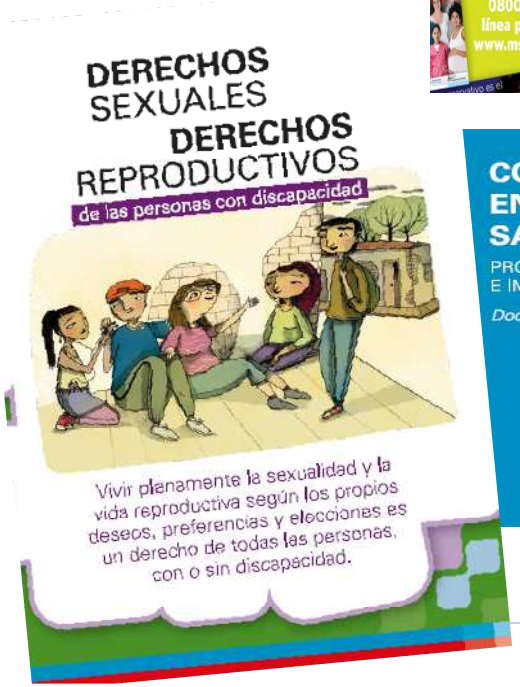
- Dirección de salud sexual y reproductiva
- Programa nacional de salud integral de la adolescencia
- Programa de Salud Escolar
- Programa de Educación sexual integral

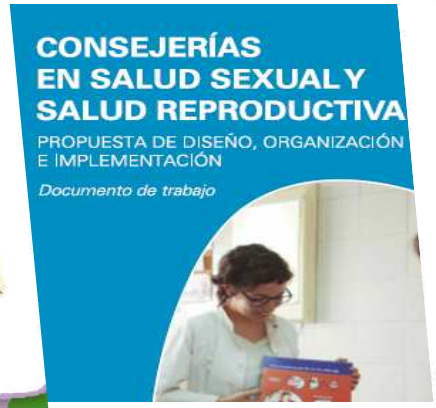
Derecho
a la salud
de las personas trans
Recibir una atención integral y de calidad, y decidir de forma autónoma sobre tu cuerpo y tu salud, es tu derecho.

TENEMOS DERECHO
A UNA SEXUALIDAD
LIBRE DE VIOLENCIAS
otra vida es posible
A partir de la Reforma Constitucional de 1994, los adolescentes en nuestro país son "sujetos de derecho"; esto es que su opinión cuenta, que pueden participar y que los adultos deben escucharlos.
2005
Ley Nº 26.061 de protección integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Se deroga la Ley de Patronato del Estado.
Derecho a estar informados
La ley de Educación Sexual Integral incorpora en todos los niveles de enseñanza contenidos sobre sexualidad.
programaeducacionsexual@me.gov.ar
(011) 4129-1227
http://portal.educacion.gov.ar/educacion-sexual-integral/
0800-3333-444
línea pregunte sida
www.msal.gov.ar/sida
Derecho a la Salud
La ley Nacional de Sida garantiza el acceso gratuito a los métodos de prevención, el diagnóstico y el tratamiento a las personas que lo necesitan.
La ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable garantiza el asesoramiento sobre reproducción y anticoncepción. También la entrega gratuita de métodos anticonceptivos (preservativos, pastillas, DIU, inyecciones y anticoncepción de emergencia).
Ley Antidiscriminación Nº 23.592, Año 2001



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
Guía práctica para profesionales de la salud


DERECHOS SEXUALES
DERECHOS REPRODUCTIVOS
de las personas con discapacidad
Vivir plenamente la sexualidad y la vida reproductiva según los propios deseos, preferencias y elecciones es un derecho de todas las personas, con o sin discapacidad.


CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA
PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN
Documento de trabajo

Protocolo
para la atención integral
de las personas con derecho
a la interrupción legal
del embarazo

XPERIENCIAS PARA ARMAR
Manual para talleres en salud sexual y reproductiva

Cantidad de Muertes maternas (5)	202
Tasa de Muerte Materna (5)	2,9
Muerte Materna por aborto - total de mujeres (5)	30
Muerte Materna adolescente (menos de 20 años) (5)	26
Egresos Hospitalarios por Aborto Total (6)	47.063
Egresos Hospitalarios en adolescentes de 15 a 19 años (6)	7.561
Porcentaje Egresos Hospitalarios por Aborto de adolescentes de 15 a 19 años (6)	16,1%
Cantidad de nacidos vivos de adolescentes menores de 15 años (5)	2.493
Porcentaje de nacidos vivos de adolescentes menores de 15 años (5)	0,4%
Cantidad de nacidos vivos de adolescentes de 15 a 19 años (5)	91.586
Porcentaje de nacidos vivos de adolescentes de 15 a 19 años (5)	13,0%
Datos de embarazo no planificado (7)	
Embarazo no planificado	59,4%
Embarazo no planificado en adolescentes menores de 15 años	83,7%
Embarazo no planificado en adolescentes de 15 a 19 años	69,3%
Embarazo no planificado y no uso de MAC	77,4%
Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes menores de 15 años	88,3%
Embarazo no planificado y no uso de MAC en adolescentes de 15 a 19	80,8%
Embarazo no planificado en multíparas de 15 a 19 años	69,7%
5) Estadísticas Vitales, Información Básica - Año 2017 - DEIS/Ministerio de Salud y Desarrollo social	
6) Egresos Hospitalarios Sector Oficial 2014 - http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/causas-egresos/	
7) Sistema de Información Perinatal - Subsecretaria de Salud Comunitaria - MSAL	