

Estudio regional

EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Índice

I. Introducción.....	2
II. Metodología.....	3
III. Situación del embarazo no intencional en la adolescencia en la región.....	5
IV. Relación del embarazo no intencional en la adolescencia con la violencia sexual.....	9
a. Datos ausentes, políticas insuficientes.....	9
b. Embarazo forzado en la adolescencia: relatos de un fenómeno invisibilizado.....	11
V. Mortalidad materna en adolescentes: un desenlace evitable.....	13
VI. El derecho al aborto.....	17
a. Regulación del aborto en casos de embarazo en niñas y adolescentes.....	17
b. Obstáculos en el acceso al aborto legal que ponen en peligro a niñas y adolescentes....	21
c. Embarazo adolescente y aborto: datos ausentes, realidades ignoradas.....	22
VII. El acceso a la anticoncepción como derecho fundamental.....	23
VIII. Conclusiones.....	29

Embarazo no intencional en la adolescencia en América Latina y el Caribe

Monitoreo ciudadano La Salud Reproductiva es Vital

Sonia Ariza Navarrete
Carla Zapata
Silvina Molina

I. Introducción

Las vidas de las adolescentes que son madres en América Latina y el Caribe se ven afectadas de múltiples y diversas maneras. Este informe explora aspectos de esta realidad y sus transformaciones en los últimos años en nueve países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay.

Estudios regionales ([UNFPA, 2019](#); [Casas, 2016](#); [OPS, 2020](#); [UNICEF, 2019](#); [UNFPA, 2020](#)) muestran que las mujeres que se convierten en madres durante la adolescencia alcanzan menos años de educación formal, acceden a peores condiciones de empleo y a salarios más bajos que aquellas que deciden postergar su maternidad a la vida adulta. A su vez, se encuentran más expuestas a sufrir violencia por parte de sus vínculos y son vulnerables a una mayor dependencia general.

En el plano familiar o núcleo primario, se manifiesta con la reproducción de la pobreza intergeneracional, ya que las hijas e hijos de madres adolescentes también suelen alcanzar menos años de educación formal, lo que probablemente dificulte su acceso a mejores condiciones de empleo en el futuro. Además, ellas y sus hijos suelen tener dificultades en el acceso a la vivienda. A nivel macro, disminuye la participación de estas mujeres en el mercado formal de empleo, lo cual se traduce en una pérdida de productividad potencial y en una mayor dependencia de programas sociales.

El impacto de la maternidad en la adolescencia

Menos posibilidades educativas
Peores empleos y salarios más bajos
Mayor exposición a situaciones violentas
Dificultades para acceder a una vivienda
Reproducción de situaciones de pobreza intergeneracional
Dependencia general

El estudio conjunto del [Instituto Alan Guttmacher](#) y [Lancet Global](#) publicado en 2020 ([Bearak, Jonathan, et al.2020](#)), estima que en el mundo se producen alrededor 121,0 millones de embarazos no intencionales, lo que equivale a una tasa global de 64 embarazos no intencionales por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años. Al clasificar los países según los grupos de ingresos del Banco Mundial, se observó una relación inversa entre la tasa de embarazo no intencional y el nivel de ingresos. Además, por cada dólar invertido en prevención, se estima que se pueden generar entre USD 15 y USD 40 en beneficios económicos, de acuerdo a los resultados del Estudio Milena desarrollado por UNFPA ([Tobar, et. Al. 2023](#), [UNFPA, 2025](#)). Desde una perspectiva económica, la maternidad temprana genera costos socioeconómicos que alcanzan los 15.300 millones de dólares, aproximadamente el 1% del Producto Bruto Interno (PBI) combinado de 15 países de la región analizados.

En el marco del monitoreo ciudadano [La Salud Reproductiva es Vital](#) (LSRV) de CLACAI, este informe presenta una serie de impactos del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.

II. Metodología

El monitoreo LSRV busca evaluar el estado y la evolución de las políticas de salud reproductiva en América Latina y el Caribe, con el objetivo de fortalecer la información y conocimientos disponibles para la incidencia política en la región. Este trabajo, desarrollado en colaboración con organizaciones locales y coordinado por CLACAI, permite identificar avances, desafíos y áreas críticas que requieren acciones prioritarias. Con ello, se busca aportar evidencia para la formulación de políticas públicas más inclusivas, basadas en derechos y en los estándares internacionales de salud reproductiva.

Para este estudio se empleó una estrategia de recolección de datos cualitativos y cuantitativos basada en fuentes oficiales, estudios de la sociedad civil y centros de investigación, lo que permitió generar evidencia clave para la incidencia política enfocada en el fortalecimiento de la rendición de cuentas públicas.

El estudio se desarrolló en conjunto con organizaciones locales de los países integrantes del monitoreo, bajo la coordinación de un equipo regional de CLACAI: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Argentina; Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), Bolivia; Instituto de Bioética Anís, Brasil; Miles, Chile; Centro de Derechos Reproductivos, Colombia; Surkuna, Ecuador; Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto, El Salvador; Promsex, Perú; y MYSU, Uruguay.

El monitoreo se centró en servicios esenciales de salud sexual y reproductiva definidos por la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#):

- Asistencia prenatal y durante el parto

- Orientación y suministro de métodos anticonceptivos
- Testeo y tratamiento de ITS y VIH
- Servicios de aborto seguro (IVE)

Para la evaluación se adoptaron indicadores claves alineados con estándares internacionales, incluyendo los 17 indicadores de UNFPA sobre salud sexual y reproductiva, los indicadores ODS vinculados al derecho a la salud, los reportes de la OMS/OPS, y otros marcos normativos regionales como el Protocolo de San Salvador de la OEA.

La información recolectada se organizó en tres categorías de indicadores:

1. **Estructurales:** Analizaron el compromiso estatal en la implementación de políticas, legislación y normativas que garantizan el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva.
2. **De proceso:** Evaluaron las acciones concretas implementadas por los Estados para garantizar el acceso y calidad de los servicios.
3. **De resultado:** Midieron los efectos de las políticas y programas en la población, utilizando datos estadísticos oficiales y alternativos.

Los países realizaron la recopilación de datos combinando información documental, solicitudes de acceso a la información, análisis de registros administrativos y estudios cualitativos. En los casos donde los datos oficiales fueron insuficientes o inaccesibles, se complementaron con fuentes de la sociedad civil y académicas para contextualizar los hallazgos.

El análisis permitió comparar la evolución de los indicadores desde el [Monitoreo Ciudadano de LSRV de 2020](#) hasta la actualidad, identificando avances, desafíos persistentes y retrocesos en la garantía de derechos en salud reproductiva en la región.

III. Situación del embarazo no intencional en la adolescencia en la región

El embarazo no intencional en la adolescencia abarca distintas situaciones, desde casos de abuso hasta el uso inadecuado o falla de métodos anticonceptivos ([Jaccard et al., 2003](#); [Speizer et al., 2004](#) citados en [Macutkiewicz y MacBeth, 2017](#)).

La adolescencia, que va desde los 10 y los 19 años, se divide en adolescencia temprana (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años). En adolescentes de 10 a 14 años predominan situaciones de abuso y coerción, incluidas situaciones de incesto y embarazos forzados ([UNICEF, 2016](#); [CLADEM, 2016](#); [Gogna.& Binstock, 2020](#)). En cambio, en el grupo de 15 a 19 años, factores como la pobreza, la deserción escolar, la

falta de uso sistemático de métodos anticonceptivos y la convivencia en pareja juegan un papel más importante como determinantes del embarazo no intencional ([Binstock y Gogna, 2014](#), [Gogna, & Binstock, 2018](#)). América Latina y el Caribe se destacan por sus altas tasas de fecundidad en la adolescencia, superadas sólo por las del África Subsahariana ([OMS, 2024](#)).

El **embarazo no intencional** se refiere a una gestación no planificada, que puede ocurrir por la falta o falla del anticonceptivo, limitado acceso a información o servicios de salud ([Guttmacher Institute, 2022](#)).

El **embarazo forzado** es consecuencia de una violación u otra forma de coacción sexual, donde no hay consentimiento. Constituye una grave vulneración de los derechos humanos y suele estar asociado a otras formas de violencia de género ([ONU Mujeres, 2021](#)).

El Monitoreo de LSRV analizó las tasas de fecundidad en la adolescencia (TEFA) y la proporción de embarazos no intencionales y forzados en los nueve países estudiados. Aunque con dificultades importantes en la desagregación de los datos. Así, por ejemplo, solo en **Argentina, Chile, Colombia y El Salvador** se encuentran datos desagregados para las franjas 15 a 19 años. En **Uruguay y Ecuador** se agregan datos de 10 a 19 años, lo que no permite un estudio adecuado del embarazo temprano. En **Bolivia y Perú** sólo se encuentra disponible la tasa global de fecundidad (15 a 49 años).

Tabla 1. TEFA en adolescentes de 15 a 19 años por país y año

TEFA en adolescentes de 15 a 19 años					
País	2019	2020	2021	2022	2023
Argentina	40,7	30,3	27	25,2	S/D
Chile	19,2	15,8	11,9	S/D	S/D
Colombia	57,9	54,6	53,6	47,1	39,4
El Salvador	S/D	S/D	S/D	54,4	53,5

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la TEFA en adolescentes de 10 a 14 años, la mayoría de los países analizados no presentan esta información en sus publicaciones oficiales, salvo **Argentina, Colombia y El Salvador**.

Entre 2019 y 2023, la tasa de embarazos en niñas de 10 a 14 años¹ mostró una tendencia general a la baja en varios de los países analizados, aunque con algunas fluctuaciones. **Brasil**, presenta una de las tasas más altas de los países analizados, pero con un descenso importante de 2,63 en 2019 a 1,96 en el 2023. **Colombia y Ecuador** presentaron tasas variables pero con descenso en el 2023. **Perú y Uruguay** destacan por tener las tasas más bajas, especialmente este último, que logró una disminución constante hasta alcanzar 0,29 en 2023.

Tabla 2. Tasa de embarazos en niñas de 10 a 14 años por país y año

Tasa de embarazos en niñas de 10 a 14 años					
País	2019	2020	2021	2022	2023
Brasil	2,6	2,1	2,4	2,0	1,9
Colombia	S/D	2,2	2,6	2,2	2,1
Ecuador	2,3	2,0	2,3	2,4	2,0
Perú	S/D	0,8	1,0	1,2	1,0
Uruguay	S/D	0,5	0,4	0,3	0,2

Fuente: Elaboración propia.

Estos datos confirman que el embarazo en la adolescencia sigue siendo un problema persistente en América Latina y el Caribe, y refuerzan la necesidad de fortalecer los esfuerzos para abordarlo de manera integral.

Así, mientras que en algunos países se observa una tendencia a la baja en los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, en otros persisten tasas elevadas, sobre todo en sectores rurales, comunidades indígenas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. Además, el embarazo en la adolescencia temprana (10 a 14 años) sigue siendo un problema alarmante, asociado en gran parte a la violencia sexual y la coerción.

En América Latina y el Caribe la reducción del embarazo adolescente ha sido más lenta y desigual que en otras regiones del mundo ([OMS, 2024](#)). Regiones con niveles de desarrollo similares como Asia Oriental o Europa del Este, las tasas de fecundidad adolescente han disminuido de manera sostenida en las últimas décadas. La persistencia de matrimonios infantiles, la falta de educación sexual integral y las barreras para acceder a métodos anticonceptivos y servicios de aborto seguro han

¹ La tasa de embarazos en niñas de 10 a 14 años se calculó utilizando la siguiente fórmula: (número de embarazos en niñas de ese grupo etario dividido por la población total de niñas de 10 a 14 años), multiplicado por 1.000. Los datos provienen de los institutos estadísticos de los países analizados y se encuentran disponibles en el apartado “Fuentes”.

contribuido a mantener tasas elevadas de embarazo en la adolescencia en algunos países latinoamericanos.

Para avanzar en la reducción del embarazo en la adolescencia en la región, es fundamental reforzar las estrategias de prevención con un enfoque intersectorial, garantizando el acceso a la educación, promoviendo servicios de salud amigables para adolescentes y asegurando el cumplimiento de marcos normativos que protejan sus derechos. Asimismo, se requiere fortalecer los sistemas de información para monitorear con mayor precisión la evolución de los indicadores y diseñar políticas basadas en evidencia.

Buenas prácticas para reducir el embarazo no intencional en la adolescencia aplicadas en América Latina y el Caribe

Si bien no existe una única tipología para categorizar las estrategias de prevención del embarazo, siguiendo a [Mohamed, et. Al \(2024\)](#) podemos identificar tres tipos de intervenciones:

- **Estrategias de prevención primaria:** aquellas que se dirigen primordialmente a prevenir embarazos no intencionales. Estas se enfocan en fortalecer el entorno familiar de apoyo, la educación sexual integral, el acceso a la anticoncepción y la prevención y detección de violencia sexual y de género.
- **Estrategias de manejo secundario:** aquellas que promueven un diagnóstico temprano del embarazo y el acceso oportuno a asesoramiento sobre opciones frente al embarazo, incluido el acceso a servicios de aborto seguro.
- **Estrategias de manejo terciario:** las que enfocan en el abordaje de los eventos adversos asociados con embarazos no intencionales, por ejemplo, tratamiento del aborto incompleto; acceso a servicios de asistencia psicosocial; servicios de atención prenatal y acompañamiento en la maternidad para prevenir la morbilidad y mortalidad maternas.

En la región se pueden observar estos tres tipos de abordajes con diferentes niveles de éxito y sostenibilidad en el tiempo.

Plan ENIA

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) en Argentina es una política pública interministerial de alcance federal que se creó en el año 2017 con el objetivo de promover el acceso a bienes y servicios vinculados a la salud sexual y reproductiva de adolescentes, así como también la prevención de los embarazos no intencionales en la adolescencia y de los embarazos y maternidades forzadas. Según datos del Proyecto Mirar, entre 2018 y 2021 la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente en los segmentos de 10 a 14 años, 15 a 19 años y 10 a 19 años se redujo prácticamente a la mitad (43%, 45% y 49% respectivamente). Los resultados del Censo 2022 coinciden en los impactos de la prevención al arrojar una reducción del 50% en la cantidad de adolescentes con hijos/as. Pese a ello, en los primeros meses de la gestión de Javier Milei, el gobierno nacional suspendió los fondos destinados al funcionamiento del Plan ENIA. ([ACIJ, CEDES, ELA Y REDAAS, 2024](#)).

ENAPEA

En el mismo sentido, [La Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes \(ENAPEA\)](#) en México ha favorecido el reconocimiento del embarazo en la adolescencia como un fenómeno multifactorial, de interés público y de atención interinstitucional. La coordinación con [estrategias locales exitosas](#) para adaptar las recomendaciones nacionales y fomentar el intercambio en instancias de coordinación integradas por todos los Estados Mexicanos, ha mostrado ser una buena práctica para fomentar la articulación y flexibilidad en la implementación de las estrategias a nivel local.

IV. Relación del embarazo no intencional en la adolescencia con la violencia sexual

En Latinoamérica, 4 de cada 10 adolescentes son víctimas de agresiones sexuales. Una de las consecuencias de esta violencia son los embarazos forzados. El embarazo producto de una violación tiene impactos gravísimos en la salud física y emocional de niñas y adolescentes.

En numerosos países no existen políticas adecuadas ni datos suficientes para dimensionar la magnitud y las características de esta violencia, así como los embarazos forzados resultantes de estos delitos.

Se estima que el 80% de las agresiones sexuales denunciadas en la región tuvieron como víctimas a niñas desde los 10 hasta los 14 años ([CDR, 2023](#)). A la vez, la prevalencia de violencia sexual en mujeres de 15 años o más es de 12% en LAC, en comparación con 6% del promedio mundial ([OMS, 2021](#); [Bott et al., 2019](#)). Hay que considerar, además, que, debido al estigma y el temor de las víctimas a denunciar, estamos frente a un fenómeno subregistrado.

Una de las consecuencias de este tipo de violencia son los embarazos forzados. La ausencia de consentimiento en la relación sexual y las condiciones en las que se produce limitan la posibilidad de utilizar

métodos para regular la fecundidad.

El embarazo producto de una violación tiene impactos gravísimos en la salud física y emocional de niñas y adolescentes. Muchas de ellas acuden tardíamente a los servicios de salud y enfrentan mayores complicaciones, incluyendo la muerte ([CIDH, 2022](#)). A pesar de esta realidad, en numerosos países no existen políticas adecuadas ni datos suficientes para dimensionar la magnitud y las características de la violencia sexual contra niñas y adolescentes, así como los embarazos forzados resultantes de estos delitos.

a. Datos ausentes, políticas insuficientes

Ninguno de los países estudiados publica en sus informes periódicos datos desagregados sobre denuncias y/o condenas por violencia sexual por edad de la víctima del delito. En **Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay** solo se encuentran cifras generales de denuncias por violencia sexual, sin especificar la edad de las víctimas. En **Colombia** se reportan datos provenientes del sistema de salud, pero no de denuncias formales, y en **Brasil** solo se constatan datos de delitos de estupro y no de violencia sexual en general. **El Salvador** no dispone de información pública sobre esta problemática.

El análisis de denuncias de violencia sexual muestra un panorama heterogéneo. Si bien algunos países evidencian tendencias al alza en las denuncias entre 2019 y 2023, tal como se ve en la tabla 3, la falta de datos desagregados dificulta una comprensión más profunda del problema. Este contexto de alta prevalencia de violencia sexual y embarazos forzados en niñas y adolescentes se ve agravado por la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, como la interrupción del embarazo.

Tabla 3. Cantidad total de denuncias por violencia sexual por país y año

Cantidad de denuncias de violencia sexual					
País	2019	2020	2021	2022	2023
Argentina	S/D	23.989	35.647	36.185	S/D
Bolivia	1.367	1.521	3.643	4.566	2.971
Chile	17.200	14.981	18.524	22.864	19.880
Ecuador	5.226	4.595	5.059	5.088	4.525
Perú	8.255	7.987	9.840	10.320	9.770
Uruguay	2.440	2.454	2.519	2.774	2.721

Fuente: Elaboración propia.

El aumento de denuncias de violencia sexual exige que los Estados adopten medidas integrales para garantizar la protección y atención de las víctimas. Esto incluye el acceso a anticoncepción de emergencia, interrupción del embarazo y apoyo en salud mental. Asimismo, la implementación de educación sexual integral es clave para la prevención de la violencia sexual y los embarazos forzados. Por último, resulta imprescindible que los Estados garanticen el acceso a la justicia para las sobrevivientes, fortaleciendo los mecanismos de denuncia y la protección efectiva.

b. Embarazo forzado en la adolescencia: relatos de un fenómeno invisibilizado

Aunque no se cuenta con datos integrales que permitan dimensionar plenamente la magnitud de esta situación, algunas historias que tienen como protagonistas a niñas y adolescentes, ilustran de manera contundente el impacto del embarazo forzado en ellas. A su vez, subrayan la necesidad de priorizar este problema en las políticas públicas y de implementar respuestas adecuadas que aseguren la protección de derechos, el acceso a servicios esenciales y el apoyo necesario para las víctimas.

Norma en Ecuador

Norma se hallaba bajo la protección del Instituto Nacional de la Niñez y la Familia de Ecuador (INFA), ya que se descubrió que su padre la agredía sexualmente. Aunque estos hechos fueron denunciados, el padre de Norma nunca fue investigado. En 2011, cuando ella tenía 12 años, se vio obligada a vivir nuevamente con su padre, quien empezó a agredirla sexualmente hasta el año 2013, cuando sus hermanos se percataron de que estaba embarazada y presentaron una denuncia penal.

Al entender que estaba embarazada, su salud mental se deterioró al punto de que intentó suicidarse. Pese a las afectaciones a su salud integral y a que expresó que no quería ser madre, se le negó el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y fue obligada a continuar con este. Norma fue forzada a llevar un embarazo, tener un parto por cesárea y sufrió violencia obstétrica por parte de los prestadores de salud. Debido al trauma, Norma se resistía al contacto con el recién nacido, pues le causaba sufrimiento; sin embargo, fue obligada a lactar. Además, expresó que quería darlo en adopción, pero nunca recibió la información adecuada para poder llevar adelante esta decisión. Durante el embarazo, Norma fue obligada a abandonar la escuela. A pesar de que luego del parto quería volver a estudiar, no pudo hacerlo, ya que no contaba con apoyos para cuidar a su hijo. Su agresor murió años después de los hechos, sin haber sido aprehendido ni sancionado por la violencia sexual ejercida en contra de su hija.

Al momento de los hechos, el aborto en Ecuador se encontraba penalizado, excepto cuando el embarazo era consecuencia de violencia sexual en contra de una mujer con discapacidad y cuando existía un riesgo para la vida o salud de la mujer embarazada. Sin embargo, esta excepción se interpretaba de forma restrictiva, desconociendo la salud mental y social. El 17 de febrero de 2022, la Asamblea Nacional de Ecuador aprobó la [Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación](#).

Camila en Perú

En el año 2020 se presentó el caso de Camila ante el Comité de los Derechos del Niño, que fue decidido en mayo de 2023. Camila es una niña indígena que vivía en una zona rural de los Andes peruanos. A los 9 años, su padre la violó por primera vez y continuó haciéndolo por años. Como consecuencia de la violencia sexual, quedó embarazada a los 13 años. Su madre, una mujer quechua hablante, se enteró de la violencia sexual al notar el embarazo de su hija y, junto con la madrina de Camila, interpuso una denuncia penal. Camila no deseaba continuar con el embarazo y por ello solicitó su interrupción, sin obtener respuesta. En Perú, el aborto terapéutico está permitido por ley; sin embargo, aún existen graves barreras para acceder a él.

En el transcurso del embarazo, Camila enfrentó un aborto involuntario y fue denunciada por el delito de “*autoaborto*”, lo que significó una nueva revictimización que la convirtió en una niña criminalizada.

El 15 de mayo de 2023, el Comité de los Derechos del Niño dictaminó que Perú es internacionalmente responsable por la violación de los derechos humanos de Camila y determinó que para evitar que se repitan violaciones similares en el futuro, el Estado tiene la obligación de despenalizar el aborto en todos los supuestos de embarazo infantil, entre otras medidas.

Clara en Bolivia

Clara, una niña de 12 años fue abusada sexualmente, resultó embarazada y luego accedió a la interrupción legal del embarazo (ILE). Los hechos ocurrieron en la población de San Lucas, Chuquisaca en el año 2022, donde vecinos notaron el embarazo de la niña, que tiene discapacidad intelectual.

La Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) de ese municipio, tras recibir la denuncia, organizó conjuntamente con la Defensoría de la Niñez y Adolescencia de la Alcaldía y la Fiscalía de San Lucas, una intervención a una vivienda, de donde Clara fue rescatada y llevada a un centro de acogida. Según refiere el informe de la FELCV, inicialmente la niña no quiso identificar quién era el responsable de su estado de gravidez y por eso, se recurrió a la madre, quien reveló que el agresor resultó ser el padre de Clara. La denuncia se presentó el 9 de febrero de 2022 y el hombre de 39 años fue aprehendido. El Ministerio Público lo imputó por el delito de violación de niña con agravante y el 11 de febrero un juez ordenó su detención en la cárcel San Roque de Sucre.

Clara cursaba la semana 20 de embarazo y en ese estado de gravidez fue ingresada al hospital de la Mujer, donde solicitó y le practicaron la ILE, en el marco de la sentencia constitucional 206/2014. Sin embargo, al momento de la práctica se evidenció la falta de un profesional en ginecología, por lo que se tuvo que trasladar a la niña a la ciudad de Sucre, y desde la Defensoría del Pueblo se hizo un llamado al Servicio Departamental de Salud (Sedes) para que se garantice la contratación de un profesional en ginecología para el centro de salud del mencionado municipio.

V. Mortalidad materna en adolescentes: un desenlace evitable

De acuerdo con los datos disponibles, la mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años desde hace varias décadas ([UNFPALac, 2024](#)). En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años, y entre los 15 y los 19 hasta dos veces más riesgoso. ([Casas, 2016](#)).

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. Es urgente fortalecer los sistemas de registro y vigilancia epidemiológica en los países, donde los datos sobre muertes maternas adolescentes son dispares o escasos.

Los análisis del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), muestran que en la región mueren anualmente más de 8.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Y nueve de cada diez de esas muertes son evitables ([GTR, 2021](#)).

El aumento de la muerte materna en la región, pasando de una tasa de 67,2 por cada 100.000 nacidos vivos en 2021 a 88 en 2024, es un motivo de enorme preocupación regional ([CEPALSTAT, 2024](#)). Los retrocesos de la región en esta materia superan a cualquier otra región a nivel global.

Pese a los esfuerzos y compromisos regionales para la reducción, se evidencia un aumento de muertes prevenibles debido, entre otras razones, al debilitamiento de la inversión en salud materna, incluyendo el acceso al aborto seguro, la anticoncepción y servicios de atención del embarazo, el parto y puerperio de calidad ([UNFPALac, 2024](#)).

Los datos analizados evidencian que la mortalidad materna en la adolescencia sigue siendo un problema grave y persistente en América Latina y el Caribe, con una RMM significativamente más alta en comparación con otros grupos etarios. A pesar de los compromisos regionales y los esfuerzos por reducir estas muertes, los indicadores muestran un aumento preocupante en los últimos años, lo que sugiere un debilitamiento en la inversión en salud materna y la persistencia de barreras en el acceso a servicios esenciales, como la anticoncepción y el aborto seguro.

En el caso de las adolescentes, la falta de acceso a información—tanto para ellas

mismas como en términos de datos públicos sobre su situación—dificulta el acceso a servicios y la planificación de políticas adecuadas a sus necesidades en cada territorio.

En la mayoría de los países, la información disponible se presenta de manera agregada, lo que impide conocer la edad y otras variables clave para un análisis adecuado de la mortalidad materna en general, y en particular de niñas y adolescentes.

Las tendencias en la maternidad según la edad de la gestante han variado significativamente a lo largo del tiempo. Mientras que la maternidad en la adolescencia ha aumentado, la maternidad en edades juveniles y adultas ha disminuido. Este contraste explica por qué la maternidad en la adolescencia ha sido priorizada en la investigación y en las políticas públicas en algunos países, y por qué se considera un tema relevante para la acción en las últimas décadas ([OPS, 2021](#)).

La mortalidad materna en los últimos años, en los pocos países que tienen datos, muestra variaciones en casos de niñas y adolescentes, que en todos los casos es alta y preocupante. Sin embargo, las variaciones en los datos pueden reflejar problemas en la medición y la disponibilidad de información desagregada, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los sistemas de registro y vigilancia epidemiológica ([CEPALSTAT, 2024](#)).

En **Argentina**, las cifras muestran que la Razón de Mortalidad Materna² (RMM) en el grupo de 15 a 19 años ha sido relativamente alta y estable en los años analizados (entre 30 y 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos). El año 2021 mostró un incremento significativo de la RMM en casi todos los grupos etarios, probablemente debido al impacto del COVID-19 en el sistema de salud y la atención a personas gestantes. Sin embargo, persisten desigualdades en la mortalidad materna según la edad, con un riesgo mayor en la adolescencia y en edades más avanzadas.

Tabla 4. Razón de mortalidad materna en Argentina por edad de gestante y por año

Argentina			
Edad gestante	RMM 2020	RMM 2021	RMM 2022
Menores de 15	4.3	14.3	0
de 15 a 19	0	3.2	17
de 20 a 24	16	4.7	33

² La razón de mortalidad materna en la adolescencia de los países analizados, se calculó utilizando la siguiente fórmula: (número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dividido por el número de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año), multiplicado por 10.000. Los datos provienen de los institutos estadísticos de los países analizados y se encuentran disponibles en el apartado “Fuentes”.

de 25 a 29	24	5.9	37
de 30 a 34	47	8.3	42
de 35 y 39	45	11.4	34
de 40 a 44	58	19.8	7
de 45 o más	28	36.3	0

Fuente: Elaboración propia. Datos de la DEIS.

En **Ecuador** hay un aumento de la RMM en la adolescencia entre 2021 y 2022, seguido de una leve reducción en 2023. Aun así, los valores siguen siendo preocupantes. La RMM en el grupo de 10 a 14 años presentó un aumento significativo en 2022 y una caída abrupta en 2023, lo que podría indicar fluctuaciones en el registro.

Tabla 5. Razón de mortalidad materna en Ecuador por edad de la gestante y por año

Ecuador			
Edad gestante	RMM 2021	RMM 2022	RMM 2023
Menores de 15	54	104	0
de 15 a 19	25	34	26
de 20 a 24	37	43	35
de 25 a 29	44	29	34
de 30 a 34	53	25	44
de 35 y 39	132	91	35
de 40 a 44	67	66	119
de 45 o más	225	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Brasil, por su parte, presenta la RMM más alta entre todos los países con datos desagregados, y esta tendencia se mantiene de manera consistente en todos los grupos etarios. Si bien el aumento entre 2020 y 2021 es notorio, este podría estar relacionado con el impacto de la pandemia de COVID-19 en los sistemas de salud. Sin embargo, la RMM en adolescentes es mucho más alta que en otros países, lo que indica la necesidad de fortalecer políticas de prevención y acceso a salud reproductiva.

Tabla 6. Razón de mortalidad materna en Brasil por edad de la gestante y por año

Brasil		
Edad gestante	RMM 2020	RMM 2021
Menores de 15	40	57
de 15 a 19	41	62
de 20 a 24	47	67
de 25 a 29	59	96

de 30 a 34	86	140
de 35 y 39	122	181
de 40 a 44	171	236
de 45 o más	361	410

Fuente: Elaboración propia.

En **Chile**, la falta de datos sobre muertes maternas en personas menores de 15 años representa una limitación importante. En el grupo de 15 a 19 años, la RMM es similar a la de Argentina y Ecuador. Sin embargo, la elevada mortalidad en edades extremas de la reproducción, como en el grupo de 45 años o más, plantea interrogantes sobre la preparación del sistema de salud para atender casos excepcionales, incluyendo tanto a niñas de 10 a 14 años como a mujeres mayores de 45 años. En este sentido, resulta urgente desagregar la información para comprender no solo la magnitud del problema, sino también las condiciones particulares en las que ocurren estas muertes maternas.

Tabla 7. Razón de mortalidad materna en Chile por edad de la gestante en 2021 (último dato disponible)

Chile	
Edad gestante	RMM 2021
Menores de 15	s/d
de 15 a 19	28
de 20 a 24	20
de 25 a 29	29
de 30 a 34	31
de 35 y 39	58
de 40 a 44	85
de 45 o más	433

Fuente: Elaboración propia.

Las estrategias de prevención del embarazo no intencional en estas edades, así como los esfuerzos por fortalecer la educación y las oportunidades de las adolescentes, son acciones clave para asegurar que puedan tomar decisiones informadas y libres de violencia y coerción sobre su sexualidad y reproducción.

VI. El derecho al aborto

La interrupción del embarazo constituye el único mecanismo disponible para evitar el agravamiento del impacto que los embarazos no intencionales, y especialmente los embarazos forzados, tienen sobre la salud y la vida de niñas y adolescentes. Sin embargo, en la región, tanto las normativas vigentes como la accesibilidad a servicios de salud seguros para garantizar este derecho siguen siendo

profundamente deficientes. En esta sección se analizará cómo las limitaciones legales y estructurales afectan la provisión de estos servicios en los países estudiados, evidenciando las barreras que enfrentan niñas y adolescentes para acceder a una atención adecuada.

a. Regulación del aborto en casos de embarazo en niñas y adolescentes

Las regulaciones sobre el aborto seguro y la atención posaborto son esenciales para garantizar que niñas y adolescentes puedan ejercer su derecho a recibir servicios de salud reproductiva de calidad. Sin embargo, el marco regulatorio del aborto varía considerablemente entre países, reflejando diferentes niveles de acceso y restricciones. En algunos países, esta práctica está completamente prohibida, mientras que en otros se permite únicamente bajo ciertas causales específicas. También existen países donde se acepta el aborto voluntario dentro de un límite de tiempo establecido.

Entre los países analizados, **El Salvador** es el único con una penalización total del aborto. En contraste, **Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y Perú** adoptan un modelo basado exclusivamente en causales. Por último, **Argentina, Colombia y Uruguay** aplican un modelo mixto que combina la despenalización por causales específicas con la posibilidad de realizar el aborto a demanda dentro de un marco temporal definido ([Leyes y Sombras de la regulación del aborto en Latinoamérica](#), CLACAI, 2023).

Modelos regulatorios

■ PROHIBICIÓN TOTAL ■ POR SOLO UNA CAUSAL ■ POR MÁS DE UNA CAUSAL ■ SISTEMA MIXTO



Leyes y sombras - Regulación del aborto en Latinoamérica www.leyes-y-sombras.clacai.org

Argentina, Colombia y Ecuador son los tres países que han logrado regulaciones que reconocen la autonomía progresiva de niñas y adolescentes en el acceso a la interrupción del embarazo:

En **Argentina**, la [Ley Nacional 27.610 de 2020](#) garantiza el derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, así como la atención posaborto. El artículo 8 de la ley establece que las adolescentes mayores de 16 años pueden acceder a la IVE/ILE sin necesidad de asistencia, ya que son consideradas aptas para decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo. Las adolescentes de 13 a 16 años pueden acceder a la IVE/ILE de manera general sin

asistencia, salvo en casos donde el procedimiento represente un riesgo grave para su salud o vida, en cuyo caso se requiere la presencia de una persona referente afectiva o un adulto responsable. Por último, las niñas menores de 13 años pueden acceder a la IVE/ILE solo con la asistencia de personas que ejerzan roles de cuidado, allegados o referentes afectivos, quienes deben participar en la toma de decisiones y firmar el consentimiento informado junto a la niña.

Colombia, en su [Resolución 051 de 2023](#), unifica la regulación de la atención integral del aborto y atención posaborto. A su vez, la [Sentencia C-055 de 2022](#) del Tribunal Constitucional, permite la IVE dentro de las primeras 24 semanas y, posteriormente, bajo un sistema de causales sin límite gestacional. Particularmente, la Resolución 051 establece que las niñas y adolescentes tienen derecho a la IVE, garantizando un acceso adaptado a sus necesidades para asegurar una decisión informada. Reconoce su capacidad para tomar decisiones en salud, valorando su autonomía progresiva y grado de madurez. La Corte Constitucional respalda que pueden decidir sobre la IVE sin obstáculos, incluso si madres, padres o representantes legales no están de acuerdo, dado su derecho al libre desarrollo de la personalidad. Además, los profesionales de salud, junto con madres, padres o representantes, deben entregar toda la información necesaria para que puedan tomar decisiones autónomas sobre su salud.

Ecuador sancionó en 2022, la [Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Niñas, Adolescentes y Mujeres en Casos de Violación](#). La despenalización del aborto en casos de violación fue resultado de la [sentencia 34-19-IN de la Corte Constitucional de 2021](#). No obstante, la ley presenta contradicciones en lo referente a niñas y adolescentes, ya que, aunque se reconoce su capacidad jurídica, se exige la autorización de sus representantes legales para consentir el aborto. El artículo 12 establece que el Estado debe garantizar el respeto de su autonomía progresiva, su interés superior, el derecho a participar en decisiones que les afecten y a recibir información al respecto. Reconoce su plena capacidad y el derecho a recibir información sobre el aborto junto a personas adultas cuidadoras, excepto si estas han participado en la violación. Sin embargo, el artículo 19 requiere el consentimiento informado de la víctima o su representante legal, y el artículo 22 señala que solo podrán consentir el aborto con autorización de sus representantes legales, salvo que estos hayan cometido el delito, en cuyo caso podrá autorizar una trabajadora social, médica o representante de la defensoría del pueblo.

En tanto, **Bolivia, Chile, Brasil, Perú y Uruguay** son países que exigen la presencia y autorización de representantes legales de niñas y adolescentes para acceder al aborto, y contemplan mecanismos para que puedan acceder cuando hay conflicto de interés. No se debe olvidar que en muchos casos los agresores son familiares a cargo de las niñas y adolescentes.

En **Bolivia**, la [Sentencia Constitucional de 2014](#) establece como causal de acceso al aborto, los casos en los que el embarazo sea producto de violación, incesto, estupro (cuando la víctima es menor de edad) o si, como resultado de la gestación, su vida o salud corren peligro. En el caso de niñas y adolescentes es obligatorio solicitar la práctica con sus representantes legales y en caso de no contar con ellos o existir conflicto de interés deberán recurrir a las autoridades para autorizar la práctica en su nombre.

En **Brasil**, el art. 128 del [Código Penal](#) despenaliza el aborto terapéutico y el aborto en casos de violación. A través del fallo [ADPF 54/DF de 2012](#), se permite el aborto en casos de anencefalia fetal. En ambos casos, para el acceso de niñas y adolescentes se requiere autorización de sus representantes legales.

Chile regula el aborto en la [Ley 21.030 de 2017](#) en tres circunstancias específicas: riesgo de vida para la mujer, inviabilidad fetal y casos de violación. Respecto a niñas y adolescentes, el artículo 1 establece que en niñas menores de 14 años se requiere su voluntad y la autorización del representante legal. Si hay negativa o falta de autorización, la niña, con apoyo de un profesional de salud, puede solicitar intervención judicial, la cual debe resolverse en 48 horas. Si el médico considera que la autorización podría exponerla a maltrato o coerción, se omite y se solicita directamente la autorización judicial. Para adolescentes entre 14 y 18 años, su voluntad debe ser informada al representante legal, salvo que el equipo de salud identifique riesgos graves en esa comunicación; en tal caso, se informa a un adulto familiar o responsable designado por la adolescente. Si está en situación de riesgo, el director del establecimiento de salud debe informar al tribunal competente para que adopte medidas de protección.

En **Perú**, el [Código Penal](#) en su artículo 119 exime de penalización el aborto terapéutico, es decir, cuando el aborto representa el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar un daño grave y permanente a su salud. Por su parte la [“Guía Técnica](#) para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal” no contiene especificaciones suficientes para estos casos, por lo tanto, el acceso en particular para niñas y adolescentes, especialmente indígenas y con discapacidad es muy limitado, como lo muestran las múltiples condenas al Estado peruano por estos casos ([Ojo público, 2023](#)).

Uruguay, a través de la [Ley 18.987 de 2012](#), también establece el derecho al aborto hasta la semana 12 de gestación. El artículo 7 se refiere a las adolescencias y establece que, en el caso de menores de 18 años que deseen acceder a un aborto, el consentimiento deberá ser otorgado por la adolescente, en virtud del artículo 11 bis del Código de la Niñez y Adolescencia que dispone que según la edad, las decisiones

sobre métodos de prevención de salud sexual y otros tratamientos se adoptan en concurrencia con sus padres o adultos de confianza, respetando la autonomía progresiva. Si por algún motivo la persona responsable para dar el asentimiento se niega o no se puede obtener dicho asentimiento, la adolescente tiene la opción de acudir a la justicia con el respaldo del equipo médico que la atendió.

b. Obstáculos en el acceso al aborto legal que ponen en peligro a niñas y adolescentes

El estudio [Leyes y Sombras de la regulación del aborto en Latinoamérica](#) muestra que en la región persisten requerimientos legales y/o en la práctica que son innecesarios y pueden convertirse en barreras significativas a la hora de acceder a una interrupción segura del embarazo, incluso en contextos de amplia legalidad del aborto como Argentina y Colombia.

Entre los principales obstáculos que enfrentan niñas y adolescentes se encuentran:

Requisitos innecesarios como autorizaciones judiciales, aprobación de juntas médicas o la obligatoriedad de denuncia en casos de violencia sexual.

Restricciones en el acceso a medicamentos como la exigencia de receta archivada, la limitación de su distribución a ciertos establecimientos de salud o el alto costo en farmacias.

Imposición de tiempos de espera y consultas obligatorias, que retrasan la atención y pueden generar revictimización.

Estigma y barreras administrativas que limitan el acceso real a los servicios, incluso cuando la normativa permite la interrupción del embarazo.

Estas restricciones afectan a todas las personas gestantes, pero tienen un impacto particularmente grave en niñas y adolescentes, quienes enfrentan obstáculos adicionales:

→ **El insuficiente reconocimiento de su capacidad de consentir la atención de la salud sexual y reproductiva**, como se vio anteriormente en el caso de **Perú, Brasil, Chile**.

→ **La falta de información relativa al derecho a la interrupción del embarazo, y a los mecanismos para acceder a las prácticas de forma segura**. Estudios recientes ([UNFPALac, 2024](#)) muestran que todos los países de la región tienen un déficit importante en materia de educación sexual integral, especialmente en la niñez y adolescencia. La mayoría llega a la pubertad sin tener información o con importantes vacíos en relación con el cuidado de su cuerpo, el ejercicio de la sexualidad y la violencia sexual. Por ejemplo **Bolivia**, donde a pesar de existir una

[Resolución Ministerial](#) que establece la obligatoriedad del abordaje de la educación sexual, que si bien no es una norma de mayor jerarquía, es vinculante para el ámbito educativo, no ha desarrollado un programa de contenidos específico, al menos para el nivel secundario en donde, de acuerdo con la norma, sería obligatorio. Tampoco cuenta con información sobre la implementación de estos contenidos, pero en la encuesta realizada por UNFPA en 2023 ([UNFPA, 2023](#)) reconoce un débil apoyo institucional a esta política que hace que tenga una implementación dispar e insuficiente en el país.

→ **La debilidad de las políticas para abordar la salud sexual y reproductiva de niñas y adolescentes.** De acuerdo con un estudio de la Organización Panamericana de la Salud ([OPS, 2021](#)) 14 de los 23 países de la región han puesto en marcha políticas al respecto. Dentro de los países que se han ocupado del embarazo no intencional en la adolescencia, se puede constatar que se trata de políticas que tienen una implementación reciente, desde principio de este siglo a lo sumo, con estrategias, resultados y sostenibilidad muy disímiles entre sí ([Tovar y Romio, 2023](#)). Incluso en países como Argentina, en donde el [Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia \(Plan Enia\)](#), mostró resultados muy positivos.

→ **La violencia institucional y barreras en el acceso** que se profundizan por las prácticas discriminatorias que en muchos casos enfrentan niñas y adolescentes, especialmente cuando no cuentan o tienen una débil red de contención y asistencia familiar o comunitaria. Además, cuando las afectan otros factores como la discapacidad, origen étnico, nacional, entre otros, se agudiza su vulnerabilidad.

c. Embarazo adolescente y aborto: datos ausentes, realidades ignoradas

En relación con la cantidad de abortos en niñas y adolescentes dentro del marco legal, una proporción importante de países no disponen de datos desagregados por grupo etario, lo que limita la comprensión del impacto y accesibilidad de los servicios en población joven. Este es el caso de **Argentina, Bolivia, Colombia y Perú.**

Mientras que aquellos que cuentan con la información en muchos casos no reportan la fuente de los datos para poder conocer si comprende todos los servicios del país, o al menos los servicios públicos. **Brasil**, por ejemplo, reporta la cantidad de abortos legales realizados en niñas y adolescentes en 2021, 2022, y 2023. En **Chile** hay datos desde 2020 y hasta 2023. En **Ecuador**, el Ministerio de Salud Pública, a través de la plataforma Mapeo del Embarazo Adolescente, informó prácticas de los años 2022 y 2023. En **Uruguay**, hay registros de los años 2020, 2021 y 2022.

Tabla 8. Cantidad de interrupciones del embarazo por edad de gestante, por país y por año.

Interrupciones del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años						
País	2021		2022		2023	
	10 - 14 años	15 a 19 años	10 - 14 años	15 a 19 años	10 - 14 años	15 a 19 años
Brasil	131	206	112	235	157	330
Chile	49		72		86	
Ecuador	S/D	S/D	192	2010	247	1912
Uruguay	58	1148	55	1218	S/D	S/D

Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que aunque las políticas públicas han priorizado la prevención del embarazo adolescente mediante el acceso a anticoncepción, la magnitud de este fenómeno exige que esta población disponga de la opción de acceder a un aborto cuando lo necesite. Los Estados tienen el deber de garantizar la capacidad jurídica, autonomía y el derecho a brindar consentimiento informado de las niñas y adolescentes, considerando su autonomía progresiva, edad y grado de madurez. Asimismo, deben asegurar que reciban información clara y oportuna y los apoyos necesarios para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo, sin interferencias indebidas de representantes legales, madres, padres, tutores o cuidadores. Por último, es crucial que los Estados desagreguen datos sobre la cantidad de abortos realizados a niñas y adolescentes y las complicaciones derivadas de abortos inseguros para comprender mejor esta dimensión del fenómeno.

VII. El acceso a la anticoncepción como derecho fundamental

El embarazo temprano presenta múltiples desafíos para la vida y la salud de las niñas y adolescentes, siendo la mortalidad materna una de sus consecuencias más extremas. La accesibilidad a métodos anticonceptivos seguros y efectivos, acompañado de información clara y basada en evidencia, permite que niñas y adolescentes tomen decisiones informadas sobre su sexualidad y el ejercicio de sus derechos.

La asesoría en salud sexual y reproductiva previa a la adopción de un método es un espacio clave para la detección temprana de situaciones de violencia, embarazos y otras condiciones de salud, facilitando un abordaje integral y adecuado. Además, constituye un espacio de escucha y fortalecimiento de la autonomía de niñas y adolescentes. Por ello, contar con normativas, sistemas de salud y personal

capacitado y disponible para brindar atención a esta población es central para mejorar la salud sexual y reproductiva, así como para fortalecer sus habilidades en el ejercicio de sus derechos, con libertad y sin violencias.

Todos los países estudiados cuentan con normativas para garantizar el acceso a la anticoncepción. Sin embargo, no todos contemplan de manera adecuada la situación de las niñas y adolescentes ni las condiciones necesarias para asegurar la accesibilidad de esta población.

En estos países se prioriza la prevención del embarazo en la adolescencia dentro de sus políticas de salud sexual y reproductiva, pero ciertos requisitos, como la obligación de informar a los padres o representantes legales sobre la provisión de anticonceptivos o la atención recibida, pueden desincentivar la búsqueda de atención. Asimismo, exigencias como acudir con sangrado menstrual o presentar una prueba de embarazo en lugar de realizar un test rápido durante la consulta pueden generar pérdida de oportunidades de atención. Esto resulta especialmente problemático para las adolescentes, quienes enfrentan mayores dificultades para regresar a la consulta por diversas razones ([OPS, 2024](#)).

Argentina cuenta con un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva aprobado por la [Ley 25.673](#) de 2002 que incluye el acceso a todos los métodos anticonceptivos modernos (transitorios y de emergencia) para toda la población, incluyendo niñas y adolescentes, para las cuales la [Resolución 65/2015](#) aclara que pueden recibir asesoría y acceso a métodos anticonceptivos sin necesidad de asistencia de personas adultas a partir de los 13 años. Antes de esa edad, y siempre que las niñas lo requieran, podrán asistir con cualquier persona adulta de su confianza, incluso el equipo de salud puede constituirse en la asistencia necesaria para tomar estas decisiones. En el caso de la anticoncepción quirúrgica, solo a partir de los 16 años es posible solicitarla de acuerdo con lo establecido en la [Ley 26.130](#), en concordancia con el artículo 26 del [Código Civil y Comercial](#) y la mencionada Resolución 65/2015.

La norma argentina asegura el acceso universal y gratuito a una canasta amplia de métodos anticonceptivos transitorios de corta y larga duración. Sin embargo, la sociedad civil y los servicios de salud han expresado preocupación por la falta de insumos para la salud reproductiva en general que se ha presentado desde 2024 ([Amnistía internacional Argentina, 2024](#)), lo cual afecta de manera desproporcionada a las niñas y adolescentes que, además de representar las franjas etarias con mayor pobreza en el país ([INDEC, 2024](#)), enfrentan numerosas barreras para el acceso a los servicios de salud y mayores consecuencias negativas frente al embarazo.

Bolivia tiene una regulación en la [Cartilla de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Consentimiento informado y métodos anticonceptivos](#), emitida en cumplimiento a la

Sentencia del 30 de noviembre de 2016 en el caso contra el Estado boliviano denominado [I.V. vs. Bolivia \(Corte I.D.H.\)](#). La norma establece que en cumplimiento de lo establecido en la [Ley 475 de 2013](#), se debe garantizar el acceso a toda la población, priorizando la atención de la adolescencia para promover la reducción del embarazo en esa franja etaria.

Sin embargo, las altas tasas de embarazo en la adolescencia siguen siendo muestra de un acceso limitado y deficitario a la anticoncepción en este grupo poblacional. La falta de acceso a la educación sexual integral combinada con débiles esfuerzos públicos para la modificación de patrones socioculturales y barreras económicas que afectan la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva, constituyen una combinación perfecta para que las adolescencias resulten excluidas de estos servicios. ([CCD, 2024](#))

Brasil, en su Política Nacional de Atención Integral de la Salud de la Mujer ([Atenção Integral à Saúde da Mulher](#)) establece el derecho a la anticoncepción reconociendo la necesidad de mejorar los abordajes en el caso de niñas y adolescentes, priorizando su atención en concordancia con la [Ley 8.069 de 1990](#) que establece el marco de protección integral de sus derechos, y la [Ley 9.263 de 1996](#) que asegura la anticoncepción como un derecho de niñas y adolescentes, incluyendo la anticoncepción de emergencia, especialmente para víctimas de violencia sexual. En relación con el acceso a la anticoncepción quirúrgica a partir de 2022 con la [Ley 14.443](#), la edad mínima para acceder en el sistema de salud pública es de 21 años o tres hijos vivos. Sin embargo, la implementación y el acceso siguen siendo deficientes ([OEA, 2023](#)).

En el país está garantizado el acceso a los diversos métodos anticonceptivos disponibles y gratuitos en la red de salud pública, si bien el acceso ha mejorado sustancialmente desde la pandemia de COVID-19, momento en el cual se suspendieron completamente los servicios, todavía persisten dificultades en algunas regiones del país y también para la población adolescente ([Anis, 2024](#)).

Por su parte, **Chile**, cuenta con la [Ley 20418 de 2010](#), la cual establece las obligaciones de información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, priorizando el acceso para la prevención del embarazo en la adolescencia. Indica, por ejemplo, que “el contenido y alcance de la información deberá considerar la edad y madurez psicológica de la persona a quien se entrega”. Sin embargo, establece que “en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar posteriormente al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale”. En el mismo sentido, el [Protocolo de entrega de anticoncepción de emergencia](#) establece la

conformación de espacios amigables para adolescentes, en los cuales se entregarán los insumos y se supervisará la ingesta y se mantiene la regla de informar a progenitores cuando soliciten el insumo personas menores de 14 años.

Según un relevamiento realizado ([Miles, 2024](#)), en la práctica se imponen otros requisitos innecesarios para el acceso a la anticoncepción de adolescentes, como presentarse con sangrado menstrual, acompañamiento de personas adultas, entre otras.

En **Colombia**, el [Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud](#), contempla la priorización del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes como sujetos de especial protección, en concordancia con la [Ley 1751 de 2015](#). A su vez, la [Circular 044 de 2022](#), incluye instrucciones para la efectiva prestación de servicios y asesoría en anticoncepción, considerando la autonomía progresiva y los derechos de esta población. En este sentido, se aclara que las niñas y adolescentes pueden recibir atención e insumos anticonceptivos sin necesidad de participación o autorización de personas adultas. Aunque se debe propender que cuente con una red de apoyo y asistencia familiar y comunitaria adecuada.

Los datos más recientes sobre prevalencia de uso de anticonceptivos en Colombia son de 2015, provenientes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), que refleja una desigualdad en el acceso a nivel territorial, por nivel educativo y también por edad de las usuarias de métodos, siendo las adolescentes un grupo con menor acceso a estos insumos. De acuerdo con esta investigación, vienen presentando desabastecimiento desde 2021 respecto a la demanda local ([CDR, 2024](#)), el cual afecta de forma desproporcionada a las adolescentes por las dificultades en el acceso. No obstante, la dimensión de este impacto no puede medirse debido a la falta de datos desagregados tanto en el sistema de salud pública como en el privado.

En **Ecuador**, el [Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos](#) de 2014, establece consideraciones para proteger la confidencialidad de la consulta y asegurar el acceso de adolescentes a la anticoncepción incluyendo la anticoncepción de emergencia con el objetivo de prevenir los embarazos en este período. Si bien no existen, en principio, barreras para el acceso o requerimientos innecesarios, estudios de implementación muestran disparidad en el acceso en el territorio nacional ([Surkuna, 2024](#)).

El Salvador, tanto en los [Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción. Ministerio de Salud, 2016](#) como los [Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS](#) (Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud), establece la priorización del acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de anticoncepción, incluyendo anticoncepción

de emergencia, con el objetivo de evitar embarazos no planificados, especialmente en el contexto de penalización absoluta del aborto en ese país. Se establece que “los y las adolescentes en general, pueden utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a las distintas opciones. La edad por sí misma no constituye una razón médica para negar cualquier método anticonceptivo a un adolescente”. Ello en concordancia con los mandatos de protección de los derechos y la salud sexual y reproductiva de niñas, niños y adolescentes, [Ley para la protección integral de la niñez y adolescencia \(LEPINA\)](#).

Sin embargo, este monitoreo ha identificado que los programas de orientación y suministro de anticonceptivos están enfrentando un debilitamiento por la disminución de recursos humanos y económicos para el abastecimiento de insumos anticonceptivos, que escasean en muchos centros de atención ([ACDA,2024](#)).

En **Perú**, la [Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar](#) aprobada por R.M.652-2016, establece –en concordancia con la Norma Técnica Sanitaria 095-MINSA/DGSP-V.0,1 y el Decreto Supremo 012-2013-SA, que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescente– en relación con la anticoncepción en la adolescencia, la implementación de estrategias diferenciadas que tiendan a brindar servicios adaptados a las necesidades particulares de esta población. Se prohíbe la anticoncepción quirúrgica antes de la mayoría de edad, sin excepciones.

Por su parte, la [Sentencia 197/2023 del Tribunal Constitucional del Perú](#) reafirma el derecho a la anticoncepción de emergencia sin distinciones, como parte del derecho básico al control de la fertilidad de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar en el Perú, incorporada a la canasta básica a partir de la [Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM \(2001\)](#), que amplía las "Normas de Planificación Familiar" y la [Resolución Ministerial 227-2019/MINSA](#), que aprueba la Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP, que establece que todos los establecimientos de salud deben contar con levonorgestrel como componente de los kits básicos para atención a víctimas de violencia sexual.

La investigación desarrollada para este monitoreo mostró que existe un importante desabastecimiento de insumos anticonceptivos en varias regiones del país, lo cual afecta el acceso de toda la población pero tiene un particular impacto en la población adolescente ([Promsex, 2024](#)).

Por último, en **Uruguay**, desde 2017 el Ministerio de Salud en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales, y específicamente con relación al objetivo estratégico de “Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes”, desarrolló una propuesta de intervención que consiste en que todas las salas de emergencia, consultorios de medicina, ginecología y enfermería oferten el pack mínimo de

métodos de anticoncepción, los cuales se encuentran disponibles para adolescentes a demanda. Los packs constan de bolsas de colores que incluyen: 3 preservativos masculinos, 1 preservativo femenino, 1 caja de pastillas de emergencia y dos folletos con mensajes dirigidos a adolescentes. Esta estrategia se desarrolla en concordancia con los mandatos de la [Ley 18.426 de 2008](#), de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, y que prioriza la atención de la población adolescente, el acceso a información y a servicios, así como el respeto de la confidencialidad. Sin embargo, establece la necesidad de participación de personas adultas referentes para la toma de decisiones dependiendo la edad de la persona que requiere el servicio. En caso de conflicto establece la obligación de acudir al sistema judicial.

La promoción de políticas públicas que garanticen un acceso equitativo a la anticoncepción, junto con educación integral en sexualidad y entornos de apoyo, transforman realidades y amplían oportunidades para todas las personas, sin distinción de género ni condición social.

VIII. Conclusiones

La fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe continúa siendo una de las más altas del mundo y afecta ante todo a niñas en situación de pobreza.

Es claro que el embarazo en la adolescencia no puede analizarse de manera aislada. Y la insuficiencia de datos desagregados que permitan dimensionar con mayor precisión la magnitud y características del embarazo no intencional en la adolescencia, y la falta de información específica sobre embarazos forzados y violencia sexual en niñas menores de 15 años, dificulta aún más el proceso necesario para diseñar las políticas públicas. Otros obstáculos críticos son las normativas restrictivas en algunos países y la falta de implementación efectiva de protocolos de atención en salud sexual y reproductiva adolescente y el acceso desigual a la anticoncepción en la adolescencia.

A pesar de los avances en políticas de salud sexual y reproductiva en varios países de la región, los datos analizados muestran que persisten brechas significativas en el acceso a información, métodos anticonceptivos modernos y servicios de interrupción del embarazo, y se mantienen normativas restrictivas, lo que limita la capacidad de las adolescentes para ejercer sus derechos reproductivos de manera plena y autónoma.

Estos son sólo algunos de los hallazgos del monitoreo sobre el embarazo no intencional en la adolescencia, que sigue siendo una problemática prioritaria en América Latina y el Caribe, no solo por sus implicancias en la salud y el bienestar de niñas y adolescentes, sino también por su relación con desigualdades estructurales que perpetúan la pobreza, la violencia de género y la exclusión social.

Uno de los principales hallazgos del monitoreo es la insuficiencia de datos desagregados que permitan dimensionar con mayor precisión la magnitud y características del embarazo no intencional en la adolescencia. En muchos países, la falta de información específica sobre embarazos forzados y violencia sexual en niñas menores de 15 años contribuye a la invisibilización de estas situaciones, obstaculizando el diseño de políticas públicas adecuadas para su prevención y atención. La ausencia de registros diferenciados según edad, contexto socioeconómico y acceso a servicios de salud también dificulta la evaluación del impacto de las estrategias implementadas y la identificación de barreras específicas que enfrentan las adolescentes para acceder a servicios esenciales.

Los datos disponibles indican que la fecundidad adolescente en la región continúa siendo una de las más altas del mundo, a pesar de la tendencia a la baja en algunos países. Sin embargo, esta reducción no ha sido uniforme ni sostenida, y en muchos contextos las tasas siguen siendo elevadas, en particular entre adolescentes en situación de pobreza, de comunidades indígenas y de zonas rurales. Esto confirma que las estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia deben considerar no solo el acceso a servicios de salud, sino también la necesidad de abordar determinantes estructurales como la desigualdad de género, la falta de oportunidades educativas y la escasez de mecanismos de protección contra la violencia sexual y el abuso infantil.

El embarazo en la adolescencia en muchas ocasiones está vinculado a dinámicas de violencia sexual y coerción. La prevalencia de embarazos forzados en niñas de 10 a 14 años evidencia la urgencia de fortalecer los mecanismos de protección, garantizar el acceso a la interrupción del embarazo en los casos permitidos por la ley, y erradicar barreras institucionales que dificultan la atención integral de niñas y adolescentes víctimas de abuso. En este sentido, las normativas restrictivas en algunos países y la falta de implementación efectiva de protocolos de atención representan obstáculos críticos que exponen a las adolescentes a riesgos evitables para su salud y su vida.

Otro desafío central identificado es el acceso desigual a la anticoncepción en la adolescencia. Aunque la mayoría de los países han desarrollado programas para garantizar la provisión gratuita de métodos anticonceptivos, en la práctica persisten barreras que limitan su disponibilidad y uso efectivo. Entre ellas, se encuentran la exigencia de autorización de madres, padres o representantes legales, la desinformación sobre métodos de larga duración y la estigmatización de la sexualidad en la adolescencia. Además, en algunos países se ha identificado desabastecimiento de anticonceptivos y falta de servicios de asesoría en salud sexual y reproductiva adaptados a las necesidades de esta población, lo que profundiza la vulnerabilidad de las adolescentes frente a embarazos no planificados.

Frente a este panorama, es imprescindible reforzar las estrategias de prevención y atención del embarazo no intencional en la adolescencia desde un enfoque integral y basado en derechos. Esto implica garantizar el acceso universal a la educación sexual integral, fortalecer la oferta de servicios amigables para adolescentes en salud sexual y reproductiva, y asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos de manera gratuita y sin restricciones innecesarias.

Asimismo, resulta fundamental que los Estados prioricen la recopilación y análisis de datos desagregados, de modo que las políticas públicas puedan diseñarse y evaluarse con base en evidencia confiable y actualizada.

En suma, la reducción del embarazo no intencional en la adolescencia en América Latina y el Caribe requiere un compromiso sostenido por parte de los gobiernos y la sociedad en su conjunto, con políticas públicas integrales que no solo garanticen el acceso a servicios de salud, sino que también aborden los factores estructurales que perpetúan la vulnerabilidad de niñas y adolescentes. Solo mediante un enfoque intersectorial, con la participación activa de distintos actores y con una perspectiva de derechos, será posible garantizar que las adolescentes puedan tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y su futuro, libres de violencia, coerción y desigualdad.

IX. Fuentes

Argentina

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS). (s.f.). *Indicadores básicos*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>

Ministerio de Seguridad. (s.f.). *Estadísticas criminales de la República Argentina*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/seguridad/estadisticascriminales>

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR). (s.f.). *Indicadores de salud sexual y reproductiva*. Disponible en <https://ossyr.org.ar/indicadores/>

Proyecto Mirar. (s.f.). *Aborto en números*. Disponible en <https://proyectomirar.org.ar/aborto-en-numeros/>

Bolivia

Defensoría del Pueblo de Bolivia. (s.f.). *Notas de prensa*. Disponible en <https://www.defensoria.gob.bo/noticias/defensoria-del-pueblo-exhorta-al-estado-a-di>

[senyar-nuevoprograma-integral-de-lucha-contra-la-violencia-sexual-a-ninyas.-ninos-y-adolescentes](#)

<https://www.defensoria.gob.bo/noticias/defensoria-del-pueblo-exhorta-al-estado-a-disenar-nuevo-programa-integral-de-lucha-contra-la-violencia-sexual-a-ninyas.-ninos-y-adolescentes>

Fiscalía General del Estado de Bolivia. (2020). *Delitos de la Ley 348 (Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia)*. Disponible en <https://www.fiscalia.gob.bo/estadistica/delitos-de-la-ley-348/delitos-de-la-ley-348-27-12-2020>

Instituto Nacional de Estadística (INE Bolivia). (s.f.). *Censos y proyecciones de población*. Disponible en <https://www.ine.gob.bo/index.php/censos-y-proyecciones-de-poblacion-sociales/>

Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE). (s.f.). *Publicaciones*. Disponible en <https://snis.minsalud.gob.bo/>

Brasil

Consejo Federal de Enfermería (COFEN). (2023). *Razón de mortalidad materna en Brasil se equipara a la de hace 25 años*. Disponible en <https://www.cofen.gov.br/razao-de-mortalidade-materna-no-brasil-se-equipara-a-de-25-anos/>

Departamento de Análisis Epidemiológico y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (DAENT). (s.f.). *Nacidos vivos*. Disponible en <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>

Departamento de Análisis Epidemiológico y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (DAENT). (s.f.). *Panel de mortalidad materna*. Disponible en <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>

Foro Brasileño de Seguridad Pública. (s.f.). *Anuario Brasileño de Seguridad Pública*. Disponible en <https://forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>

Instituto Brasileño de Geografía e Estadística (IBGE). (s.f.). *Panel de indicadores*. Disponible en <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html?view=default>

Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). (s.f.). *Proyección de población*. Disponible en <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>

Ministerio de Salud. Datasus. (s.f.). *Sistema de Información Hospitalaria (SIH)*. Disponible en <https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/#>

Chile

Centro de Estudios y Análisis del Delito. (s.f.). *Estadísticas delictuales*. Disponible en <https://cead.spd.gov.cl/estadisticas-delictuales>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). (s.f.). *Defunciones y razón de mortalidad materna*. Disponible en https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F001a528a-9fa8-4853-97a7-dc00517e0de3§ionIndex=1&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (s.f.). *Estadísticas vitales*. Disponible en <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>

Sistema de Estadísticas de Género (SEG). (2023). *Distribución de casos constituidos en marco de ley 21.030*. Disponible en <https://www.estadisticasdegenero.cl/wp-content/uploads/2023/10/Distribucion-casos-constituidos-en-marco-ley-21030-3-2.xlsx>

Colombia

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s.f.). *Estimaciones y proyecciones de población de América Latina y el Caribe*. Disponible en <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-población>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (s.f.). *Estadísticas por tema*. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (s.f.). *Proyecciones de población*. Recuperado el 16 de abril de 2025, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-población>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (s.f.). *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Disponible en <https://www.medicinalegal.gov.co/>

Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). *Mortalidad materna PE XIII 2023*. Disponible en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERN A%20PE%20XIII%202023.pdf>

Revista Hospitalaria. (2024). *Seis años consecutivos de disminución de los nacimientos en Colombia*. Disponible en <https://revistahospitalaria.org/wp-content/uploads/2024/06/CIFRAS-DEL-PAIS-146.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas Colombia (UNFPA). (2023). *Análisis de Situación de Población. Capítulo 3.5 Salud Sexual y Reproductiva*. Disponible en <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3.5.-salud-sexual-y-reproductiva.pdf>

Ecuador

Banco Mundial. (s.f.). *Tasa de fecundidad en Ecuador*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?end=2022&locations=EC&start=2019&view=chart>

Fiscalía General del Estado de Ecuador. (s.f.). *Analítica de delitos*. Disponible en <https://www.fiscalia.gob.ec/analitica/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (s.f.). *Camas y egresos hospitalarios*. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (s.f.). *Defunciones generales*. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (s.f.). *Proyecciones poblacionales*. Recuperado el 16 de abril de 2025, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>

Mapeo de Embarazo Adolescente en Ecuador. (s.f.). *Mapeo de embarazo adolescente*. Disponible en <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/45ff3231dc204c1b93782d4553c16846>

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2024). *Gacetas Muerte Materna*. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-materna-2024/>

El Salvador

Banco Mundial. (s.f.). *Tasa de fecundidad en El Salvador*. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.dyn.tfrt.in?locations=SV>

Fondo de Población de las Naciones Unidas El Salvador (UNFPA). (2023). *50 años de cambios en población y desarrollo, El Salvador 1973 — 2023*. Disponible en https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa50a_2023.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas El Salvador (UNFPA). (2023). *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes. Mapa El Salvador*. Disponible en https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mapa_embarazos_2023_web.pdf

Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (ORMUSA). (2023). *Panorama de la mortalidad materna de El Salvador a 2023 y su posición en la región*. Disponible en <https://observadsdr.org/panorama-de-la-mortalidad-materna-de-el-salvador-a-2023-y-su-posicion-en-la-region/>

Perú

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (s.f.). *Muerte materna*. Disponible en https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/

Estadísticas de Criminalidad, Seguridad Ciudadana y Violencia. (2023). *Estadísticas de criminalidad, seguridad ciudadana y violencia (octubre-diciembre 2023)*. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6120893/5410528-estadisticas-de-criminalidad-seguridad-ciudadana-y-violencia-octubre-diciembre-2023.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (s.f.). *Brechas de género*. Disponible en <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (s.f.). *Population estimates and projections*. Recuperado el 16 de abril de 2025, de <https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population-estimates-and-projections/>

Ministerio de Salud. (s.f.). *Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea*. Disponible en <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwmadrenew.aspx>

Uruguay

Instituto Nacional de Estadística (INE). (s.f.). *Central de Censos y Encuestas*. Disponible en <https://www4.ine.gub.uy/Anda5/index.php/catalog/central/about>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (s.f.). *Estimaciones y proyecciones*. Recuperado el 16 de abril de 2025, de <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/datos-y-estadisticas/estadisticas/estimaciones-proyecciones>

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Informe sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Uruguay 2013-2022*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-sobre-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive-uruguay-2013-2022>

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Natalidad y Mortalidad Infantil 2023. Informe preliminar*. Disponible en https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20DIGESA_N%20y%20M%202023_final%20al%2003_2024_0.pdf

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Estadísticas Vitales*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/servicios/estadisticas-vitales>

Ministerio del Interior. (2023). *Indicadores de violencia doméstica y de género*. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-interior/datos-y-estadisticas/estadisticas/indicadores-violencia-domestica-genero-25n-2023>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Perfil de País Uruguay*. Disponible en <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/uruguay#situation>



**LA SALUD
REPRODUCTIVA** **ES
VITAL**

