



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
América

Julio 2015



EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Boletín Informativo

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” (14).

Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En la adolescencia, el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos.

Es en el quintil de bienestar más bajo en donde aumenta el número de embarazos no deseados y es más frecuente la falta de cuidado prenatal, la pérdida de oportunidades en la detección temprana de factores de riesgo, lo cual resulta en una mayor morbilidad materna y perinatal.

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años.

Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo (12).



SITUACIÓN EN EL MUNDO

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo.

Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe.

En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (1).

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es

aproximadamente un 50% superior (1).

Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo (3).



Entre el 11 y el 20% de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación.

Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el 60% de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas (4).

En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria (1).

En países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.

En el 2008, hubo un estimado de tres millones de abortos inseguros entre las niñas de este grupo etáreo (12).

SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

La población de adolescentes y jóvenes es la mayor cohorte en la historia de la Región, ya que representa al 24,5% de la población total (232 millones).

Cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos.

Las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios en las mujeres jóvenes fueron obstétricas (27%, 31% y 46% en el Caribe, Centroamérica y los Estados Unidos, respectivamente).

El 20% de los partos en la Región correspondió a mujeres menores de 20 años de edad, y se estima que el 40% de los embarazos fue no planificado.

La anemia en las mujeres adolescentes varía del 7% en el Salvador al 30% en Bolivia, y es del 45% en Haití.

En América Latina y el Caribe, el 39% de los jóvenes viven en la pobreza y sólo el 38% de los jóvenes de 18 años de edad asiste a la escuela (13).

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana.

En estas edades, el embarazo en adolescentes suele ser producto de violencia sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que solo en el transcurso del 2002 alrededor de 150 millones de niñas adolescentes fueron víctimas de sexo forzado u otras formas de violencia sexual (5).

Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes se encuentran: Nicaragua, Honduras, República Dominicana, Guatemala y El Salvador.

Casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 países del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas (5).

MARCO LEGAL EN NICARAGUA

La Constitución de Nicaragua, enumera los principales tratados de derechos humanos en el artículo 46, estableciendo que en el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos.

En el artículo 71 se establece que la niñez goza de protección especial y de todos los derechos que su condición requiere, por lo cual tiene plena vigencia la convención internacional de los derechos del niño y la niña (10).

El código de la niñez y la adolescencia, en su artículo 2, considera como niña y niño a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad y adolescentes a los que se encuentran entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos (11).

En el artículo 17 se establece que corresponde al ESTADO con la participación activa de la familia, la escuela y la comunidad, desarrollar la atención preventiva de la salud dirigida a la madre y al padre en materia de educación sexual y salud reproductiva (11).

El artículo 44 establece que los niños, niñas y adolescentes tienen

derecho a recibir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable (11). En el artículo 32 de la ley general de salud (ley 423) se señala que la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia incluirán acciones para la salud sexual y reproductiva (2).

SITUACIÓN EN NICARAGUA

MODELOS FAMILIARES

Los modelos familiares logran ejercer una influencia inestimable en la adquisición de patrones de conducta relacionados, entre otros, con la salud reproductiva.

De la población femenina adolescente de 15 a 19 años de edad, el 18.6% tuvo madre que fue maltratada por su padre y el 6.2% fueron maltratadas físicamente a partir de los 15 años de edad.

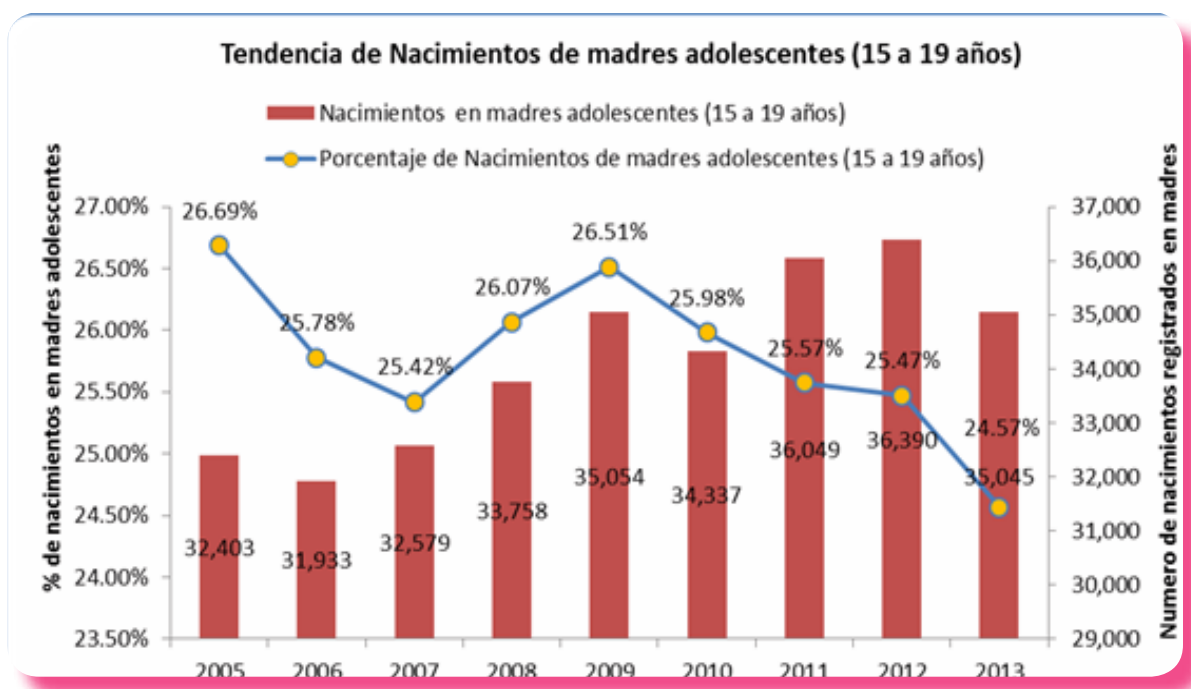
Cabe señalar que en el país, el 36.3% de los hogares tienen jefatura femenina, con un promedio de 4.5 miembros y 39 de cada 100 niños viven en hogares fragmentados.

En consecuencia ante la falta de atención y afecto que padecen, muchas adolescentes buscan llenar ese vacío afectivo a través de dar a luz y criar un hijo; de ahí que la edad mediana a su primera relación sexual es 17 años, y entre los 15 a 19 años, el 13.1% de las adolescentes ya ha tenido 2 parejas con las que ha tenido hijos (6).

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Los registros del Ministerio de Salud (MINS) de Nicaragua, evidencian que en promedio anual, del total de partos registrados, un 26% es en adolescentes. En el período 2005 - 2013 se observa un incremento en números absolutos, pasando de 32,403 a 35,045 partos en adolescentes (7).

Ilustración 1. Tendencia de nacimientos en madres adolescentes



Según departamentos del país, los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con mayor porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en el año 2013, son Managua (18.09%), Matagalpa (11.39%) y Jinotega (9.31%).

Al estratificar los municipios según quintiles de riesgo, encontramos que un cuarto del total de municipios del país, se encuentra con un riesgo de 2 veces más embarazo en adolescentes que la tasa promedio del país, calificándolos como de muy alto riesgo (7).

Tabla 1. Estratificación de SILAIS y municipios según riesgo de embarazo en adolescentes 2013

| SILAIS | Muy Bajo Riesgo | Bajo Riesgo | 3Q (Mediano Riesgo) | 4Q (Alto Riesgo) | Muy Alto Riesgo | Total Municipios | Total Nacimientos en Adolescentes 2013 | % Nacimientos en adolescentes del total del país |
|-------------------------|-----------------|-------------|---------------------|------------------|-----------------|------------------|--|--|
| Bilwi | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1,240 | 3.39 |
| Boaco | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 | 1,034 | 2.82 |
| Carazo | 5 | 2 | 0 | 1 | 0 | 8 | 856 | 2.34 |
| Chinandega | 4 | 4 | 2 | 3 | 0 | 13 | 2,432 | 6.64 |
| Chontales | 0 | 1 | 4 | 4 | 5 | 14 | 2,541 | 6.94 |
| Estelí | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1,165 | 3.18 |
| Granada | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1,029 | 2.81 |
| Jinotega | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 8 | 3,410 | 9.31 |
| Las Minas | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 | 2,435 | 6.65 |
| León | 3 | 4 | 2 | 1 | 0 | 10 | 1,939 | 5.29 |
| Madriz | 0 | 2 | 5 | 2 | 0 | 9 | 804 | 2.20 |
| Managua | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 9 | 6,626 | 18.09 |
| Masaya | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 | 1,765 | 4.82 |
| Matagalpa | 5 | 1 | 1 | 4 | 3 | 14 | 4,173 | 11.39 |
| Nueva Segovia | 1 | 1 | 3 | 3 | 4 | 12 | 1,506 | 4.11 |
| RAAS | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 7 | 1,848 | 5.05 |
| Rio San Juan | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 949 | 2.59 |
| Rivas | 5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 10 | 872 | 2.38 |
| Total Municipios | 34 | 33 | 26 | 30 | 30 | 153 | 36,624 | 100 |

Los treinta municipios con muy alto riesgo son: El castillo, Santo Domingo, Ciudad Antigua, San José de Bocay, Laguna de Perlas, El Tortuguero, Murra, Kukra Hill, Bonanza, El Almendro, Mulukuku, El Cua, La Libertad, Rosita, San Francisco de Cuapa, San Miguelito, San Carlos, Siuna, Quilalí Prinzapolka, San Juan de Nicaragua, Jalapa, Santa Lucía, La Cruz de Río Grande, El Rama, El Coral, Río Blanco, Waslala, Morrito y Tuma La Dalia (7).

EMBARAZOS EN NIÑAS

La denominación de abuso sexual incluye: abuso deshonesto, coito forzado y coito entre adulto y menor.

La coerción psicológica, engañosa, ejercida por el adulto sobre la niña dejará marcas indelebles, dificultando su óptimo desarrollo físico y mental.

El Código Penal de Nicaragua establece que toda relación sexual con una persona menor de 14 años, aún cuando ella alegue consentimiento, es considerado delito

de violación y debe penarse con prisión de entre 12 y 15 años (9).

Todo embarazo en niñas es índice de una violación de sus derechos asociados con violencia sexual.

En 2013 la Policía Nacional registró 3,799 delitos sexuales de los cuales 407 (10.71%) fueron estupro, siendo los departamentos de Managua, Matagalpa y el triángulo minero quienes concentran el 34% de los casos, en 107 casos las niñas víctimas tenían una edad de 13 a 14 años y en 257 una edad de 15 a 17 años.

Para este mismo año, se registra un total de 833 denuncias por violaciones a menores de 14 años, teniendo 510 niñas víctimas un nivel educativo de primaria y 62 analfabetas (8).

En promedio 1,500 niñas entre 9 y 14 años de edad son sometidas a abuso sexual y embarazadas, para un porcentaje del 5% del total de nacimientos en adolescentes, manteniéndose de

forma invariable en los últimos 8 años (7).

El 32.80% de las parejas menores de 15 años de edad las superan en edad por lo menos nueve años y más, una cuarta parte (24.3%), son al menos de seis a ocho años mayores que ellas, situación que permite suponer condiciones de abuso, violación o, incluso, incesto (6).

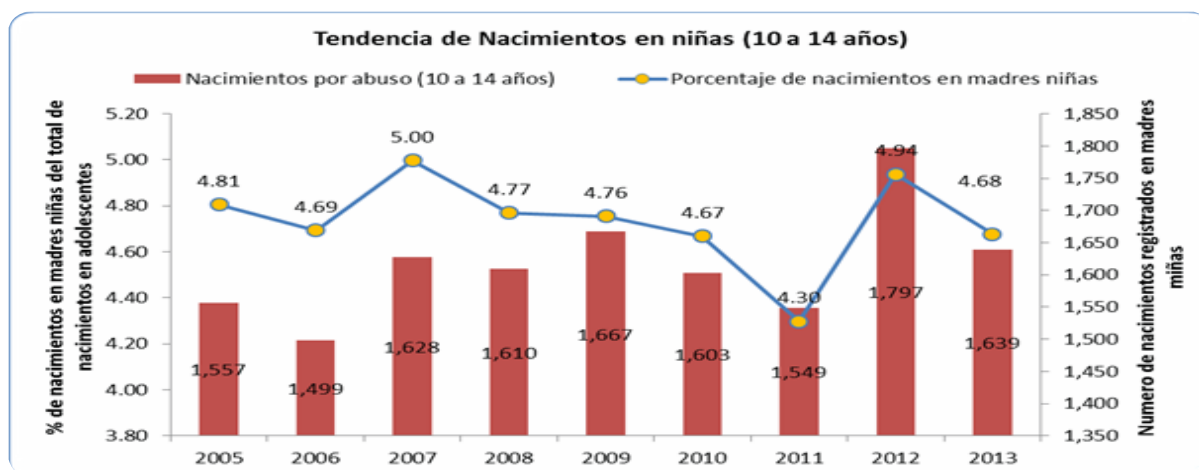
Cabe señalar que del total de nacimientos registrados en niñas-madres, en el período 2005-2013, el:

- » 34% de los partos fueron por cesárea, la indicación más frecuente fue por anomalías en cuanto a posición y colocación del feto (48%), así como la sospecha de asfixia intrauterina con peligro inminente para la vida del feto (32%).
- » 8% fueron diagnosticados con retardo del crecimiento intrauterino.

- » 5% con anomalías congénitas.
- » 1% fueron con bajo peso al nacer (<1500 gramos) y 11% entre 1500 a 2500 gramos.
- » 56% de estos nacimientos en niñas madres, son en la zona rural.
- » 61% de las niñas madres tenía primaria inconclusa.
- » 98% de los partos fueron simples.

TODO EMBARAZO EN NIÑAS ES ÍNDICE DE UNA VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS ASOCIADOS CON VIOLENCIA SEXUAL

Ilustración 2. Tendencia de nacimientos en niñas-madres de 10 a 14 años



Según departamentos del país, los SILAIS con mayor porcentaje de nacimientos en niñas-madres en el año 2013, son Managua (15%), RAAN (13%) y Matagalpa (12%). Al estratificar los municipios según quintiles de riesgo, encontramos que 18% del total de municipios del país, se encuentra con un riesgo de 5 veces más embarazo en niñas que la tasa promedio del país, calificándolos como de muy alto riesgo (7).

Ilustración 3. Estratificación de SILAIS y número de municipios según índice de riesgo de embarazo en niñas-madres de 10 a 14 años 2013

| SILAIS | Muy Bajo Riesgo | Bajo Riesgo | 3Q (Mediano Riesgo) | 4Q (Alto Riesgo) | Muy Alto Riesgo | Total Municipios | Total Nacimientos en niñas de 10 a 14 años 2013 | % del Total de Nacimientos de 10 a 14 |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|---------------------|------------------|-----------------|------------------|---|---------------------------------------|
| Región Autónoma del Atlántico Norte | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 7 | 207 | 13 |
| Boaco | 1 | 0 | 4 | 1 | 0 | 6 | 41 | 3 |
| Carazo | 2 | 4 | 0 | 2 | 0 | 8 | 34 | 2 |
| Chinandega | 3 | 2 | 4 | 4 | 0 | 13 | 90 | 5 |
| Chontales | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 10 | 53 | 3 |
| Estelí | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 27 | 2 |
| Granada | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 34 | 2 |
| Jinotega | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 8 | 180 | 11 |
| Las Minas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| León | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 10 | 69 | 4 |
| Madriz | 5 | 1 | 2 | 0 | 1 | 9 | 22 | 1 |
| Managua | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 9 | 254 | 15 |
| Masaya | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 | 9 | 73 | 4 |
| Matagalpa | 1 | 4 | 2 | 3 | 4 | 14 | 189 | 12 |
| Nueva Segovia | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 12 | 69 | 4 |
| Región Autónoma del Atlántico Sur | 0 | 1 | 2 | 3 | 6 | 12 | 201 | 12 |
| Río San Juan | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 6 | 54 | 3 |
| Rivas | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 10 | 43 | 3 |
| Total Municipios | 31 | 31 | 30 | 32 | 29 | 153 | 1,640 | 100 |

Los treinta municipios con muy alto riesgo son: Desembocadura de Río Grande, Mozonte, El Almendro, San Juan del Sur, San Rafael del Norte, La Libertad, Prinzapolka, Potosí, Rosita, Santo Tomás, Rancho Grande, Muy Muy, El Castillo, El Jícaro, Nagarote, El Rama, Altagracia, Esquípuilas, Kukra Hill, Paiwas, Bonanza, Corn Island, San José de Bocay, San Rafael del Sur, Waspan, Nindiri, Bluefields, San Dionisio, San Juan del Río Coco y el Tuma La Dalia (7).

PANORÁMICA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, DE CONFORMIDAD CON LOS DATOS DE LA ENDESA 2011-12

Respecto a la **educación sexual**, se muestran los siguientes resultados:

- » El 60% de las adolescentes en edad de 15 a 17 años ha recibido educación sexual únicamente en la escuela y 21.8% no han recibido curso alguno ni dentro o fuera del sistema escolar. Los departamentos donde hay mayor porcentaje de mujeres de 15 y 24 años sin haber tenido curso de educación sexual son: Jinotega (40.9%), RAAS (35.6) y RAAN (33.7) (6).
- » El 74.6% de las adolescentes, tenían menos de 15 años de edad al momento de recibir su primer curso/charla sobre educación sexual y un 24.8% en edad de 15 a 17 años. Los departamentos donde las jóvenes menores de 15 años abordaron la educación sexual de forma temprana son: Managua (68%), Jinotega (67.8%) y Carazo (67.6%) (6).

En cuanto al **conocimiento y uso de anticonceptivos**:

- ✓ En las adolescentes menores de 15 años, emplearon como método anticonceptivo en su primera relación sexual: 35.8% el condón masculino, 32.3% la píldora, 15.5% la inyección y 6.1% el retiro (6).
- ✓ En cuanto a la razón del porque no usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, las jóvenes menores de 15 años señalan en un 25% por no conocer ningún método, un 18.6% por descuido, 10.5% por querer tener un hijo y 3.8% porque pensaba que no podía embarazarse (6).
- ✓ Dentro de las razones del porque la adolescente menor de 15 años pensó no podía quedar embarazada el 37.4% señala porque era la primera vez, 21.2% porque ya había tenido relaciones antes y no había salido embarazada, 10.5% porque creía no tener aun la edad, un 10.3% porque usaba anticonceptivos y un 6.2% porque su pareja le dijo que no quedaría embarazada (6).

En lo que concierne a las **relaciones sexuales**, en el grupo de edad menor de 15 años:

- » Las adolescentes de 15 a 17 años de edad, tuvieron su primera experiencia sexual en un 63.6% con su novio y en menor proporción con su compañero de vida; siendo la edad mediana a la primera relación sexual de 16.3 años. En las niñas menores de 15 años y sin ningún nivel educativo el 48.30 por ciento de las parejas tenían más de 20 años de edad, el tiempo de conocer a su primera pareja sexual fue del 32% en el transcurso del primer año (6).

Respecto al **embarazo en niñas-adolescentes** se muestran los siguientes resultados:

- Las adolescentes menores de 15 años fueron embarazadas en un 43.30% por una pareja adolescente (menor a 20 años), 34.6% por pareja en edad entre 20 a 24 años de edad y un 19.3 por ciento por una pareja con edad de 25 años y más (6).
- Cabe señalar que el 70% de las adolescentes menores de 15 años de edad, ni estudiaban ni trabajaban al momento de su primer embarazo. De las que estudiaban el 48.5% no volvió a estudiar; de las que trabajaban únicamente el 36.3% dejó de laborar (6).

En relación con la **atención prenatal**, en adolescentes se tiene que:

- ✓ Del total de adolescentes con antecedentes de embarazo en los últimos cinco años, 94.3% recibió atención durante su último embarazo, que se brindó principalmente por médicos generales/ginecólogos en 72.90% de los casos y en 20.6% por enfermeras (6).
- ✓ La atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres adolescentes fue de 71.9 por ciento, observándose un incremento de 4.2 puntos porcentuales con respecto a la ENDESA 2006/07 (6).
- ✓ Como parte de la atención prenatal básica, las pruebas para detectar sífilis y VIH, así como la prescripción de consumo de ácido fólico durante el embarazo, son primordiales para dar seguimiento a este periodo. Se muestra que a 90.6% de las adolescentes se les realizó la prueba de VIH de forma voluntaria, y 93.20% informó que tomó ácido fólico (6).

Respecto a las **mujeres adolescentes (menores de 20 años) que tuvieron un hijo nacido vivo** en los últimos cinco años, se evidenciaron los siguientes datos:

- » El 93.60% de los partos fue en establecimientos de salud, de ellos el 82.2% en el sector público y el 11.4% en el sector privado. Únicamente un 5.5 fue en el domicilio (6).
- » El 89.0 de los partos fue atendido por personal de salud; de este porcentaje, 68.2% fue atendido por ginecólogo/obstetra; 18.9% por médico general y 1.9 por enfermera (6).
- » El porcentaje total de nacimientos por cesárea fue de 31.9% (39.7% programadas y 57.9% por emergencia) (6).
- » Las razones del porque las adolescentes tuvieron parto domiciliar son las siguientes: 37.2% porque ella quería, 27.4% por que no pudo llegar a tiempo a la unidad de salud más cercana, 20.8% por falta de transporte y 11.9% porque el establecimiento de salud estaba cerrado (6).

En lo que concierne a la **salud del niño de mujeres adolescentes**, se tiene que:

- ✓ El 12.4% de los niños nacieron con menos de 2.5 kg, con un riesgo de morir de 40 veces más que uno con peso normal (6).
- ✓ El 7.2% de los niños no se realizó control del recién nacido y el 19.30% se les realizó de forma tardía (posterior al primer mes de nacido) (6).
- ✓ El 18.0% de los niños menores de 5 años de edad presentan desnutrición crónica y 4.5% desnutrición aguda; valores por encima del promedio nacional de 17.3 y 2.1 respectivamente (6).
- ✓ La mortalidad infantil observada es de 24 por mil nacidos, mientras que la en la niñez es de 28. Ambas tasas se encuentran por encima de la tasa de país (6).

RETOS

1. Fortalecer las instituciones nacionales (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Familia, Ministerio de la Juventud, Policía Nacional, Ministerio PÚblico) y la red comunitaria para la búsqueda activa y penalización de quienes cometen faltas de coacción sexual; empoderando a las niñas a través de programas que les permitan desarrollar habilidades y le orienten en donde buscar ayuda para oponerse a relaciones sexuales no deseadas.
2. Fortalecer la capacidad en el país para generar información sanitaria de calidad sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes y sus determinantes sociales, desglosando la información por edad, sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico. Promoviendo el análisis, síntesis y difusión de la información.
3. Promover el desarrollo de la capacidad de los recursos humanos que brindan la atención primaria de salud por medio de cursos evaluados de salud integral de los adolescentes y los jóvenes que se encuentran disponibles en el campus virtual de la Organización Panamericana de la Salud.
4. Promover los esfuerzos de movilización comunitaria para crear comunidades que favorezcan la salud y el desarrollo de los jóvenes; en donde se promueva la participación y el empoderamiento adolescente y se permita la creación de oportunidades a través de la coordinación entre los sectores de educación, salud, familia, juventud y policía nacional.

REFERENCIA

1. OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
2. UNFPA. Análisis legislativo comparado sobre embarazo adolescente y matrimonio temprano.
<http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2014/06/ANALISIS-LEGISLATIVO-COMPARADO-SOBRE-EMBARAZO-ADOLESCENTE-Y-.pdf>
3. UNICEF. Embarazo en adolescentes
http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm
4. Ministerio de la Mujer
<http://www.minim.gob.ni/el-embarazo-en-las-adolescentes/>
5. UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes
http://unicef.org/ni/media/publicaciones/archivos/embarazo_adolescente_5_0_2.pdf
6. INIDE. ENDESA 2011/12
7. MINSA. Base de Datos de nacimientos 2005 al 2013
8. Policía Nacional de Nicaragua, Anuario Estadístico 2013
<http://www.policia.gob.ni/cedoc/sector/estd/ae%202013.pdf>
9. Código Penal de Nicaragua
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/NI/ley_641_codigo_penal.pdf
10. Constitución Política de Nicaragua
<http://www.ineter.gob.ni/constitucion%20politica%20de%20nicaragua%20y%20sus%20reformas.pdf>
11. Código de la Niñez y la Adolescencia de Nicaragua
<http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2014/11/C%C3%B3digo-de-la-Ni%C3%B1ez-y-la-Adol.pdf>
12. OMS. Prevenir el embarazo precoz
http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?ua=1
13. OPS. Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
14. Embarazo en la Adolescencia
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Para más información contactar

Elaborado por:

Ing. Julio Cesar Cajina - Oficial de Análisis de Salud.

Email: cajinaj@paho.org

Aprobado por:

Dr. Guillermo Gonzalez - Coordinador de Prevención y control de enfermedades

Email: Gonzalez@paho.org

Diseño y diagramación:

Lic. Elyda Ortiz - Área de Comunicación Social

Email: ortize@paho.org