

**Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco**  
**Escuela de Política y Gobierno - Universidad Nacional de**  
**San Martín**  
**Cohorte 2009**

**MAESTRÍA EN GOBIERNO Y ECONOMÍA POLÍTICA**

**TESIS**

**TÍTULO**

**EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA PROVINCIA DEL CHACO**

**Alumna:**

**Cdra.: Miriam Beatriz Deschutter**

**Director: Dr. Enrique Jorge Deschutter**

**Resistencia-Chaco**

**Mayo de 2014**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Gobierno de la Provincia del Chaco, a la Universidad Nacional de San Martín y a la Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco por darme la oportunidad de estudiar.**

**A mi primer director de tesis, que me alentó en mis primeros pasos Dr. Barberis (post mortem) , el cual organizó en el Hospital Perrando la unidad de cuidados paliativos y la unidad de epidemiología hospitalaria y publicó en la Revista de la facultad de Medicina su última investigación ,en Mortalidad Materna que coincidió con su deceso.**

**Mi hermano Jorge por su paciencia, predisposición y su atención al dirigirme en este desafío, la tesis.**

**Ami tía Estela por su sabiduría y por creer en mí, sin ella hoy no sería quien soy.**

**A los directivos y personal no docente de la Escuela de Gobierno por asistirme en todo, para concretarla.**

**A mis compañeras y amigas, Marina y Cristina por su incondicionalidad, porque desde el principio fuimos un equipo.**

**A mi familia, quienes me han alentado, para que concluyera con éxito esta investigación.**

**Cra.: Miriam Deschutter**

**Resistencia, Chaco. Mayo 2014**

## **RESUMEN**

Las adolescentes con hijos en la Provincia del Chaco, pertenecen a un grupo poblacional vulnerable que atraviesa momentos críticos, tanto en lo social, económico y en lo cultural. Se asume que esta población no se encuentra preparada para afrontar las responsabilidades que esto conlleva.

El presente trabajo investiga y describe, al embarazo adolescente en la Provincia del Chaco durante el periodo 1999 a 2008.

El estudio enfatiza sobre el nivel de instrucción de las madres a partir de datos obtenidos de registros oficiales y de respuestas a encuestas realizadas a usuarias, de programas que focalizan intervenciones en embarazadas adolescentes

Identifica factores socioculturales estimados como relevantes y estudia la evolución de la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes a nivel provincial y en las regiones sanitarias (o áreas geográficas) de la Provincia.

Se analizan opiniones de profesionales y usuarios sobre el desarrollo de los programas de mayor vinculación con este colectivo y atendiendo a los resultados observados se formulan recomendaciones.

Se concluye que:

- Proporción de nacidos vivos de madres adolescentes en el Chaco resultaron entre las mayores del país para este período.
- Las mismas eran superiores a mayor distancia de la región metropolitana (o la ciudad de Resistencia).
- Las intervenciones socio-sanitarias no modificaron las cifras en la década estudiada.
- Desconocimiento de los programas en el área metropolitana
- Bajo nivel de instrucción de las embarazadas en el área metropolitana.
- Condiciones de vulnerabilidad socioeconómica de las usuarias de los programas: SUMAR y Salud Sexual Reproductiva y Procreación Responsable.
- El análisis del nivel de instrucción de estas madres mostró que más del 50% no completaron estudios secundarios con un porcentaje elevado de analfabetas o primaria incompleta.

## **DETALLE DE CONTENIDO**

### **INDICE**

#### **CAPITULO I**

##### **Introducción**

I. a. Marco teórico	
I.a.1. Definición.....	pag.6
I.a.2. Embarazo adolescente en las últimas décadas en Argentina y Chaco.....	pag.8
I.a.3. Factores y determinantes del embarazo adolescente.....	pág.10
I.a.4. Posibles efectos de la maternidad temprana en la salud de la madre y el hijo.....	pág.13
I.a.5. Epidemiología sobre embarazo y adolescencia en Chaco y Argentina.....	pag.15
I.a.6. Características socio sanitarias del Chaco.....	pag.16
I.a.7. Intervenciones para reducir el Embarazo Adolescente en Argentina y Chaco.....	pag.19
I.a.8. Adolescencia y Derechos.....	pág.20
I.b. Justificación.....	pag.20
I.c. Objetivos.....	pag.21
I.d. Objetivos Específicos.....	pag.21

#### **CAPITULO I**

##### **Metodología**

II. a Diseño de Estudio.....	pag.22
II. b Ámbito de Estudio.....	pag.22
II. c Periodo de Estudio.....	pag.22
II. d Población de Estudio.....	pag.22
II. e Criterios de Selección.....	pag.23
II. f Fuentes de Información y Procedimiento para obtener proporción de embarazos adolescentes.....	pag.24
II. g Análisis estadísticos.....	pag.25

#### **CAPITULO III**

##### **III.a Resultados**

III.a.1 Resultados Objetivo 1.....	pag.26
III.a.2 Resultados Objetivo 2.....	pag.29
III. b Discusión.....	pag.35

#### **CAPITULO IV**

IV.a. Conclusión.....	pág.41
Recomendaciones.....	pag.43
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	pág.45

## ANEXOS

1. : Mapa Sanitario de la Provincia.....	pág.49
2. : Indicadores del año 1999.....	pág.50
3. : Indicadores del año 2000.....	pág.53
4. : Indicadores del año2001.....	pág.56
5. : Indicadores del año 2002.....	pág.58
6. : Indicadores del año 2003.....	pág.61
7. : Indicadores del año 2004.....	pág.65
8. : Indicadores del año 2005.....	pág.68
9. : Indicadores del año 2006.....	pág.72
10. : Indicadores del año 2007.....	pág.76
11. : Indicadores del año2008.....	pág.79
12. : gráficos –Resumen de la Década en Gráficos y Tablas.....	pág.82
13. Modelo de encuesta cerrada para usuarios.....	pág.83
14. Entrevistas abiertas a responsables de este segmento etario.....	pág.84
15. Programa de Unidad Provincial de Seguimiento Nutricional (UPSN).....	pág.85

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **I .a Marco Teórico**

##### **I. a.1. Definición**

La adolescencia es un proceso dinámico que transcurre en el camino de la niñez a la edad adulta, caracterizándose por rápidos e intensos cambios físicos, psíquicos, emocionales y sociales. El cuerpo se modifica y sus funciones se complejizan logrando, en esta etapa de la vida, capacidad reproductiva.

Desde el punto de vista médico, el adolescente adquiere un cuerpo nuevo en tiempo relativamente corto, por lo cual le cuesta manejarlo e identificarse con el mismo. En este período se desarrolla el pensamiento abstracto, por lo que el individuo adquiere la capacidad de proyectarse a futuro, valorar las consecuencias de sus actos, un mayor control interno, capacidad de empatía, y construcción de idealismos.

Desde el punto de vista social, disminuye la dependencia familiar, aumenta las relaciones con sus pares y adultos fuera de su origen, desarrolla habilidades que favorecen su independencia económica y emocional, construye una identidad propia, con valores éticos y morales de acuerdo con el medio y el tiempo en el que le toca desarrollarse.

La adolescencia es una etapa crítica asociada a cambios biológicos, psicológicos y sociales y también a una mayor vulnerabilidad en el individuo, se asume que este requiere un mayor estímulo y orientación de su familia y la sociedad.

Las familias con hijos adolescentes también transcurren un periodo crítico, no encontrándose preparados para vivir la crisis de sus hijos y el desarrollo de su independencia.

Los ambientes sociales donde frecuenta el adolescente dejan su impronta (escuelas, clubes, iglesias, etc.) y esto favorece o deteriora su proceso de desarrollo como individuo. La transición positiva se logra con la existencia de una mayor autoestima, auto-cuidado y autonomía.

La salud integral del adolescente comprende el bienestar físico, mental y social de los jóvenes, incluyendo lo relacionado con el desarrollo educativo, participación en

actividades comunitarias y desarrollo de su potencialidad. La salud del adolescente es el resultado del desarrollo de etapas anteriores y de circunstancias presentes.

El vocablo “adolescencia” deriva de la voz latina “adolece” que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Esta etapa comprende edades muy variables de un niño a otro, entre los 10 y 19 años.

El proceso de desarrollo tiene lugar dentro de tres períodos de la adolescencia

1) Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

2) Adolescencia intermedia (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; aquí se completa el crecimiento y desarrollo somático. En una proporción significativa de ellos, es la etapa de inicio de actividades sexuales. Se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes que en general resultan generadoras de riesgos.

3) Adolescencia tardía (17 a 19 años): En esta etapa los cambios físicos son mínimos y sus valores y creencias presentan una perspectiva más adulta.

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo su comienzo con los cambios puberales entre las edades (10-14 años) y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15-19 años).

En el presente estudio para facilitar el trabajo operativo se estratificaron los adolescentes en 2 grupos etarios:

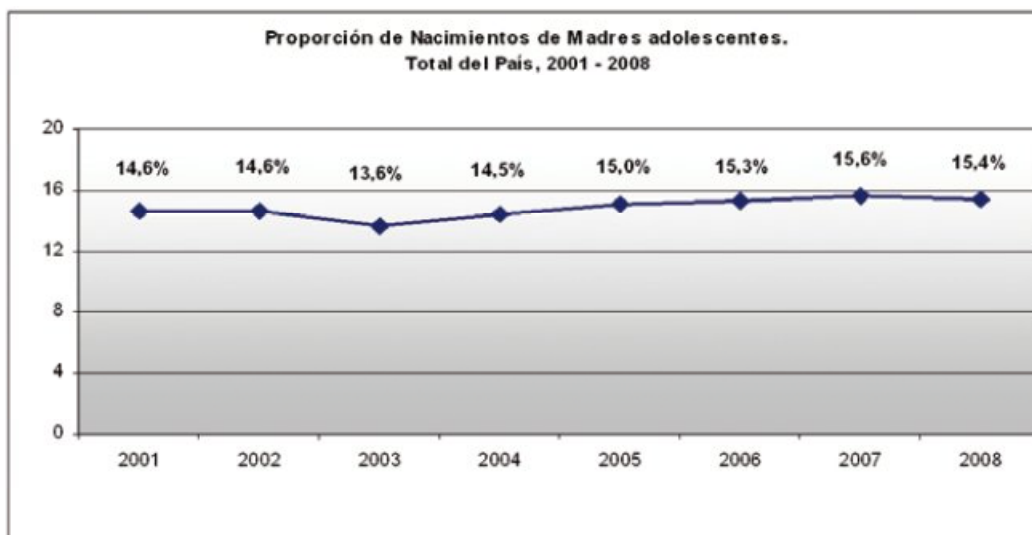
- a) Grupo de adolescentes comprendidos entre 10 y 14 años
- b) Grupo de adolescentes comprendidos entre 15 y 19 años

## I.a.2 Embarazo adolescente en las últimas décadas en Argentina y Chaco

El interés por el embarazo adolescente se origina en los datos de fecundidad registrados en los censos realizados en Argentina y publicados a partir de 1954. Aquí se observó el curso ascendente de la fecundidad adolescente que alcanzó su punto máximo en 1980.

En el período 2000-2005 la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años (60 x mil) de Argentina se encontraba por encima del promedio mundial (49,7 x mil) pero por debajo de la media de América Latina y el Caribe (72,4 x mil).

El gráfico (más abajo) muestra la proporción de nacimientos de madres adolescentes en Argentina en el período 2001 al 2008, destacándose la persistencia anual de los porcentajes de nacidos vivos de madres adolescentes entre 13,6 y el 15,6 por ciento en este período respecto al total de nacidos vivos por cada año a nivel nacional. En comparativa con otros países de Latinoamérica de datos extraídos de un informe presentado en la sección Salud de BBC MUNDO publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), indica que el porcentajes de mujeres menores de 18 años que han sido madres son : en Brasil es del 16%., en Paraguay es de 13.2%, Peru 14.4%, Guatemala 24.4%, Bolivia 20 %, Ecuador 21%, Cuba 9.4%, aclarando que el 20% son menores de 15 años, en los países en vía de desarrollo y los países desarrollados el 19 % son menores de 18 años. (1)



(1) América Latina es la única región del mundo donde aumentaron los embarazos en adolescentes. Artc. BBC MUNDO de Pérez Estipunya

\*Datos obtenidos del Ministerio de salud de Nación, Estadísticas vitales



En base a registros del Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, e investigaciones de Pantelides observaron el incremento importante de la tasa de fecundidad en los años 70´ señalando que en términos relativos el grupo de 10 a 14 años (adolescencia precoz) se incrementaba en un 130% mientras que en el grupo de 15 a 19 años el incremento era de un 34 %.( 2,3)

La Tabla 1 elaborada por Pantelides señala la evolución histórica de la Tasa de fecundidad desagregada en 2 grupos etarios en Argentina para diferentes períodos (2)

<b>Tabla 1: Tasa de fecundidad de Argentina por grupo adolescente en diferentes períodos</b>		
<b>AÑO</b>	<b>Tasa de fecundidad (por mil mujeres)</b>	
	<b>Edad (10–14)</b>	<b>Edad (15-19)</b>
1960	1.0	58.4
1970	1.9	65.5
1980	2.3	78.3
1991	1.9	69.9
2001	1.8	62.2
2002	1.9	60.5
2003	1.7	56.4
2004	1.6	62.8

En el año 1996 en la Provincia del Chaco, el embarazo adolescente fue abordado como problema de salud y trasladado a la Cámara de Diputados donde se promulgaron dos leyes referidas a la Protección de Padres Adolescentes (Ley Nº 4633) y a la Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ley Nº 4276), esta última pionera en el país, puesto que a nivel nacional se sancionó con fuerza de ley en el año 2002 y su puesta en vigencia se logró en el año 2005.

---

2) Binstock, Pantelides: La Fecundidad en la Argentina en el Siglo XXI (2006)

Fuente: Pantelides, E. A. (1989), elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (varias fechas); INDEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2001; CEPAL/CELADE, 2005.

(2)La maternidad en la adolescencia en el Siglo XXI

En este mismo año en la ciudad de Resistencia capital de la Provincia del Chaco se realizó un estudio desde la Dirección de estadística y Censo del Chaco en acuerdo con UNICEF y el INDEC. Los resultados mostraron que Resistencia registraba las tasas urbanas más altas de embarazo adolescente del país. Se observó que el 10% de las adolescentes tenía un hijo y que un 5% de estas ya había sido madre por segunda vez. (4)

### **I.a.3 Factores y determinantes del embarazo adolescente**

Las investigaciones desarrolladas en los últimos 20 años en América Latina revelan que una proporción considerable de jóvenes sabe poco o nada sobre sexualidad y reproducción, carece de información suficiente sobre anticoncepción, tropieza con graves obstáculos cuando intenta acceder a los métodos y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, quedando expuestos al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, o a embarazarse sin quererlo.

Se señaló que en esta región la profundización de inequidades sociales acentúa aún más el acceso desigual a recursos materiales y simbólicos necesarios para la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la construcción de ciudadanía en general

En los últimos años, el análisis de las asimetrías de género y clase social permitieron comenzar a “desempacar” la categoría genérica ‘adolescencia’ para reconocer y analizar un mosaico de situaciones disímiles. Sin embargo, los enfoques tradicionales sobre salud del adolescente, se apoyan explícita o implícitamente en un marco conceptual que opera en sentido inverso al descubrimiento de la diversidad. Se parte de que los jóvenes no tienen la suficiente madurez psicológica para hacerse cargo de sus acciones.

Existe una tendencia a considerar que el embarazo y la sexualidad en la adolescencia son “riesgosos “en sí mismo, desde el punto de vista de la salud, por la edad de la embarazada adolescente o por ser producto de un abuso o consensuado. (5)

---

(5)Carmen, DraDiana Pasqualini-HiebraMa del Carmen. Atención al Adolescente. Enfoque Integral O.P.S.

(4): Infancia y condiciones de Vida -1996-Encuesta especial para el diagnostico y la evaluación de las metas sociales Aglomerado del Gran Resistencia.

La expresión ‘embarazo adolescente’ denota inmediatamente una valoración negativa y se entiende como un problema público sobre el cual la opinión de los adultos –padres, maestros, médicos, comunicadores, planificadores y políticos– tiene tanto o mayor peso que para los jóvenes.

La preocupación por los factores asociados al inicio de las relaciones, como a la ausencia de cuidado sería la clave para “concientizarlos” sobre las desventajas de la maternidad antes de los veinte años, tratando de estimular la modificación de comportamientos.

El mayor motivo de preocupación de los adultos respecto a los adolescentes son las enfermedades de transmisión sexual y en particular el VIH-Sida, no es justificable cuestionar el embarazo adolescente desde el punto de vista sanitario, puesto que los riesgos obstétricos de los quince hasta los diecisiete son similares a los de una mujer adulta. La problemática se focaliza con una mirada hacia lo psicológico, puesto que no se han desarrollado cualidades para enfrentar esa responsabilidad.

El embarazo adolescente es un problema de la Salud Pública por efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño. Las relaciones se dan en la mayor prematuridad y disminución de peso al nacer con impacto en la morbi-mortalidad.

Según diferentes investigaciones existen riesgos en el medio ambiente en el que reside el adolescente más que la edad durante el embarazo. Los problemas están más relacionados con la pobreza, nutrición deficiente, conducta viciosa, mala salud antes del embarazo y control prenatal insuficiente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define y distingue diferentes “factores” a detectar en el adolescente, que se clasifican en:

a) DE RIESGO: Son aquellos que pueden o no desencadenar o asociarse a un determinado suceso indeseado, no siendo el factor causal necesariamente, pero si ejercen un aporte multiplicador que interactúa y desencadena en una enfermedad y/o embarazo. Se destacan aquí: Las alteraciones en los vínculos familiares caracterizadas por: Uniones parentales disueltas, Madres solteras, Parejas parentales disfuncionales con o sin violencia, maltrato y/o abuso, Enfermedad grave de uno de los progenitores o muerte, Problemas escolares o deserción del sistema educativo, Trabajo ilegal o insalubre, Desocupación, Víctima de maltrato o abuso, Falta de accesibilidad a los

sistemas de salud, Enfermedades físicas y mentales, Problemas sociales, Miseria, grado extremo de la pobreza muerte

b) PROTECTORES: Estos son los factores que facilitan el desarrollo del individuo y ayudan a aumentar la resistencia al riesgo. Se considera de este modo a: la Integración familiar, Gradual desarrollo de la autoestima, Oportunidad de estudio y trabajo digno, Ocupación positiva del tiempo libre, Alimentación adecuada, Práctica de deportes, Información adecuada y oportuna sobre sexualidad, Prevención del uso de drogas pesadas y sustancias psicoactivas, Prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual, Legislación acorde a las necesidades de los adolescentes, Redes sociales de apoyo efectivo

La OPS también define y hace referencia a los "comportamientos de riesgo" denominando de este modo a cualquier alteración de la conducta o actuación repetida que puede comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal. Los adolescentes con este tipo de comportamiento tienen diferentes características, algunos deprimiéndose, otros experimentando situaciones límites.

Los más "comportamientos" referidos con mayor frecuencia son:

1. Vida sexual de riesgo que incluye a: Debut sexual temprano y/ desprotegido, Actividad sexual sin anticoncepción adecuada, Embarazo no deseado y/o no responsable, Embarazo sin atención prenatal, Enfermedades de transmisión sexual
2. Fumar y beber alcohol y drogarse
3. Conductas violentas (accidentes, suicidio)
4. Participación en pandillas con portación de armas (5)

---

(5) Carmen, DraDiana Pasqualini-HiebraMa del Carmen. Atención al Adolescente. Enfoque Integral

#### **I.a.4 Posibles efectos de la maternidad temprana en la salud de la madre y el hijo.**

La etiología del incremento del riesgo de parto pre término en adolescentes embarazadas está discutida. Una causa posible sería la baja edad ginecológica.

Se define “edad ginecológica” a la edad cronológica menos la edad de la menarca. Una investigación sobre 1700 primíparas menores de 18 años, luego de estratificarlas por edad cronológica y controlar diferentes variables de confusión, mostró que una edad ginecológica menor a 2 años estaba asociada con al menos el doble de riesgo de parto pre término y que esto estaría influenciado por la inmadurez de los órganos reproductivos en las jóvenes adolescentes. (3)

Siendo que la adolescencia es un período de acelerado crecimiento y desarrollo, la talla alcanzada al momento del embarazo aparece como un indicador de maduración biológica (relacionado, a su vez, con las dimensiones de la pelvis ósea de las adolescentes) considerándolo como el mayor determinante de la duración del embarazo. Entonces, a menor talla, mayor riesgo de parto pre término.

Factores como la edad, las deficiencias nutricionales y/o las anemias carenciales, entre otros, guardan una estrecha relación con la talla alcanzada.

Estudios médicos, mostraron que mujeres que tuvieron un parto pre término siendo adolescentes, duplicaban el riesgo (en relación a mujeres mayores de 20 años en la misma condición) de volver a tener un nuevo parto pre término si se embarazaban siendo adolescentes.

En los últimos años, diversos análisis revelaron la relación entre las prácticas sexuales y reproductivas de las jóvenes y los factores culturales, políticos y económicos que producen los procesos de vulnerabilización. Basándose en esta premisa, cada vez es mayor el consenso en el sentido de que difícilmente se pueda incidir sobre las conductas de los jóvenes si no se transforman las estructuras de desigualdad social que determinan la ocurrencia, el significado y los resultados de dichas prácticas. (6)

---

(3)Pantelides, Gogna: La maternidad en la adolescencia (2005)

(6) Adasko Ariel: PERSPECTIVAS SOCIO-ANTROPOLÓGICAS SOBRE LA ADOLESCENCIA, LA JUVENTUD Y EL EMBARAZO

El embarazo sigue siendo presentado por los medios de comunicación y los responsables políticos mediante un discurso victimizado, homogeneizador y alarmista en el cual el evento asume un carácter siempre negativo, instaurador de cambios radicales en la vida de las adolescentes y de sus familias” (3)

El ‘problema embarazo adolescente’ está fuertemente atado a la o las formas en que pensamos de la propia adolescencia y juventud. Los estudiosos sobre el tema indican que aquellos individuos en mejor posición socioeconómica en la sociedad y actores políticos, ponen en circulación discursos que estigmatizan el embarazo, aplicando una tercera teoría que explica la asociación por una causalidad circular que tiende a esencializar la cultura: *los pobres poseen un sistema de normas y valores diferenciales que los condena a permanecer en esta situación*. Este modelo, además de eliminar toda capacidad de agencia miento y transformación social, no se condice con las teorías actualmente aceptadas en las ciencias sociales.

Con los supuestos planteados, no se trata de minimizar sino de darle otra mirada a la vulnerabilidad de los jóvenes, ante esta problemática, dado que para resolver hay que entender su complejidad.

Distintas deberían ser las acciones a seguir, según los problemas (de salud o no) de una/un joven y sus hijos ya sea atribuidos a una causa individual –su ‘naturaleza’ inmadura, su comportamiento irresponsable, su ‘proclividad’ al riesgo, el descuido o abandono de sus padres–, a una causalidad social –condiciones de exclusión y de miseria estructural que en muchos casos no permiten proyectar un futuro diferente, expectativas culturales que imponen ciertas metas sin brindar los medios para alcanzarlas, mensajes contradictorios que esconden una doble moral–, o se intente entender la compleja articulación entre las diversas dimensiones en el marco de contextos históricos, políticos y económicos concretos. (7)

Las condiciones que generan vulnerabilidad en el adolescente pueden ser de distinta índole, según la posición social en la que interactúa, condiciones macro en las que se desenvuelve y experiencias individuales.

---

(7)El embarazo en la Adolescencia, Diagnostico para reorientar políticas y programas de salud Informe Final (2003-2004)

### **I.a.5 Epidemiología sobre embarazo y adolescencia en Chaco y Argentina**

Información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (INDEC) del año 2006 en Argentina el 35 al 40% de los jóvenes argentinos viven bajo la línea de pobreza, lo que afecta a su desarrollo, al acceso a la información y su interacción con la sociedad.

Estudios recientes en Argentina estiman que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los varones es de 14,4 años y en la mayoría de las mujeres es de 15,2 años y que en general esto ocurre con novios o con amigos.

Las mujeres, además de iniciarse sexualmente a edades tempranas, están expuestas a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados. Uno de los efectos más nocivos del embarazo en la adolescencia está relacionado con la interrupción de la escolaridad y la inserción laboral. Estudios realizados por Cedes/Conapris en Argentina en los años 2003-2004 señala que las siete áreas con más altas tasas de fecundidad adolescente del país incluyen a: Misiones, *Chaco*, Catamarca, Salta y Tucumán, Rosario y el conurbano bonaerense. Se señalaba aquí que la edad promedio del primer embarazo era de 16 años y medio y que el 15,2% de las adolescentes tenía más de un hijo aunque en Tucumán y La Matanza (conurbano bonaerense esto ascendía a más del 30%. Se observó además que más de la mitad de estas adolescentes no estudiaba al momento de embarazarse y que entre las que estudiaban solamente 4 de cada 10 continuaron la escuela hasta cerca del momento del parto. Una de cada tres de las adolescentes que abandonaron la enseñanza dijeron que lo hicieron por vergüenza o temor a ser discriminadas. (3)

En la Argentina en el período 2001 al 2005 la proporción de embarazo en menores de 20 años fluctuó entre el 13,5 y el 15 % y la tasa de fecundidad adolescente varió en este período entre el 28,7 y el 31 %. Fueron llamativas las variaciones regionales en el país ya que la ciudad de Buenos Aires con una proporción de embarazo adolescente de 6,2 % resultó la más baja y en contraste la provincia del *Chaco* exhibió la proporción más elevada con 23,9 % junto con las provincias de Formosa y Misiones durante el año 2004.

---

(3) Pantelides –Gogna. La maternidad en la adolescencia (2005)

En el año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación informó que de los 700.792 nacimientos del país, el 15,6% correspondieron a madres menores de 20 años (106.720 nacimientos de madres de 15 a 19 años, y que además 2841 nacimientos fueron de madres menores de 15 años).

En provincias como Chaco y Misiones, se registran las tasas de fecundidad adolescente más elevadas del país con más de 100 nacimientos por cada mil personas y resultan similares a las observadas en algunos países de África. (3)

#### **I.a.6 Características socio sanitarias de la Provincia del Chaco**

La provincia del Chaco comprende una superficie de 99.633 km<sup>2</sup> y se localiza en la región nordeste de la Argentina. Limita con las provincias de Formosa, Corrientes, Santa Fe, Santiago del Estero y Salta. Su economía se sustenta en el sector primario, destacándose los cultivos de algodón y soja, la producción de ganado vacuno y la extracción de madera.

El Chaco tiene escasez de agua potable. Las condiciones climáticas desfavorables de los últimos años, han producido un gran retraso en el desarrollo económico. Por ello es considerada una de las provincias más pobres del país y con alto grado de analfabetismo.

Cuenta con una de las mayores poblaciones aborígenes del país, integrada por matakos-guaycurúes (wichis, qom, mocovíes). Por otra parte es numerosa la población a descendientes de inmigrantes de Europa Central y Oriental (checos, eslovacos, búlgaros, croatas, montenegrinos e italianos).

La provincia, cuya capital es la ciudad de Resistencia con aproximadamente 300.000 habitantes, se divide en 25 Departamentos y 69 municipios que se distinguen categorías de acuerdo la cantidad de habitantes. Al año 2001 se registraban 11 municipios de 1° categoría (más de 20.000 habitantes), 22 municipios de 2° categoría (entre 5 y 20 mil habitantes) y 36 municipios de 3° categoría (menos de 5000 habitantes). En ese censo el Chaco registró una población de 984.446 habitantes (de las cuales 202.647 residían en áreas rurales). La provincia del Chaco cuenta con su Constitución y la ley orgánica N°4233 que rige a los municipios y la N°4088 que la complementa.

---

(3)Pantelides –Gogna .La maternidad en la adolescencia -2005



La estructura socio-política del Chaco incluye a los poderes legislativo, judicial y ejecutivo. Este último es conducido por el Gobernador (y el vicegobernador electo) y se conforma al presente con nueve (9) Ministerios.

Para la presente investigación se priorizan el análisis de aquellos que disponen de áreas específicas intervinientes en la problemática adolescente, incluyendo a los de Salud, Educación y Desarrollo Social, ya que dentro de su estructura cuenta con un área para la adolescencia.

El Ministerio de Salud implemento un área dedicada a la salud del adolescente que al presente se encuentra a cargo de la Dra. Liliana Encisa, dependiente de la Dirección de Maternidad e Infancia, inserta en la Subsecretaria de Promoción y Prevención para la Salud. Esta área trabaja conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social en el seguimiento de las madres adolescentes a las cuales se las considera de alto riesgo social.

La red sanitaria del subsistema público de salud se organiza en 6 zonas sanitarias que agrupan a diferentes departamentos en todo el territorio provincial. La zona sanitaria I se subdivide en zona metropolitana e interior y las restantes con los números hasta seis de modo ascendente.

El Ministerio de Salud dispone de 90 CAPS distribuidos en el territorio provincial y 48 Hospitales. El Hospital "Julio C. Perrando" es el de mayor complejidad provincial (complejidad 8), el Hospital Pediátrico "P. Castelán", otros monoclínicos y el Laboratorio Central se localizan en la ciudad de Resistencia.

La tabla 1 muestra las seis zonas sanitarias y los municipios de la provincia del Chaco que incluye cada zona sanitaria.

**Tabla 1: ZONAS SANITARIAS del CHACO Y LOCALIDADES:**

ZONA I	ZONA II	ZONA III	ZONA IV	ZONA V	ZONA VI
PTO BERMEJO GRAL VEDIA LA LEONESA LAS PALMAS ISLA DEL CERRITO CLNIA BENITEZ MARGARITA BELEN BARRANQUERAS PTO VILELAS RESISTENCIA CLNIA BARANDA BASAIL CLNIA ELISA LA VERDE LAPACHITO LA ESCONDIDA MAKALLE PTO TIROL COTE LAI CHARADAY	TACO POZO LOS FRENTONES PAMPA DEL INFIERNO CONCEPCION DEL BERMEJO AVIA TERAI NAPENAI CAMPO LARGO SAENZ PEÑA EL PALMAR QUITILUPI CLNIA ABORIGEN OESTE CLNIA ABORIGEN ESTE MACHAGAY LA PLAZA	LA TIGRA LA CLOTILDE SAN BERNARDO V.BERTHET SAMUHU V.ANGELA CREL. DU DUGRATY SANTA SILVINA CHOROTIS	LAS GARCITAS CNIA UNIDAS CAPITAN SOLARI PAMPA DEL INDIO PDCIA. ROCA LAGUNA LIMPIA GRAL SAN MARTIN CIERVO PETISO P. ALMIRON SELVA R.deORO LA EDUVIGIS	CORZUELA LAS BREÑAS CHARATA GRAL PINEDO GANCEDO HER.CAMPO	EL SAUZALITO EL SAUZALITO CDCIA.FRIAS N. POMPEYA F. ESPERANZA EL ESPINILLO V.RIO BERMEJITO MIRAFLORES J.J.CASTELLI TRES ISLETAS

**CARACTERISTICAS DE LAS ZONAS SANITARIAS (8)**

AREA	NOMBRE	Ciudad cabecera	Superficie de la zona en km2	Proporc.de superf.con relación al total provincial.	Población de la zona en 1998	Proporc.de población en relación al total provincial.
1	Zona sanitaria I	Resistencia	15694.1	15.77	414634	44.59
2	Zona sanitaria II	Sáenz Peña	26988.2	27.12	193002	20.76
3	Zona sanitaria III	Villa Ángela	9979.8	10.03	102045	10.97
4	Zona sanitaria IV	Gral. San Martín	8518.9	8.56	57138	6.14
5	Zona sanitaria V	Las Breñas	8890.6	9.04	86991	9.36
6	Zona sanitaria VI	J.J.Castelli	29335.9	29.48	76068	8.18

(8) Características sanitarias de la provincia del Chaco (1999)

### **I.a.7 Intervenciones para reducir el embarazo adolescente en Argentina y Chaco**

En Argentina y en la Provincia del Chaco se desarrollan diversos programas y planes de intervención que directa o indirectamente propician reducir el embarazo adolescente. Se resumen aquellos considerados de mayor relevancia en los últimos años.

#### **SUMAR (EX PLAN NACER)**

El plan Nacer funciona a partir del año 2005 ,por el Ministerio de Salud de Nación que promueve la creación y desarrollo de Seguros Materno Infantil Provincial(SMIP) con el propósito de construir mejores condiciones de accesibilidad a la población materno infantil a un paquete básicos de prestaciones para la población, dado que el mismo se encuentra dentro del periodo estudiado, y en la población objeto de este seguro ,está incluida la del objeto de investigación, es que se la incluyo para revisar si ha influenciado en las variaciones de las tasas de fecundidad en la provincia del chaco .

A partir del año 2010. Se llamó SUMAR porque amplio su cobertura a un sector de la población que no estaba incluido mujeres hasta los 64 años

#### **PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE**

Este programa nacional se sanciono con fuerza de ley en octubre del 2002, el mismo está dirigido al fortalecimiento de los programas provinciales a través de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de recurso humano para reforzar los existentes.

Se encarga de distribuir en todas las jurisdicciones del país anticonceptivos de todo tipo y preservativos, como también equipo instrumental para la colocación de DIU. Siendo el objeto del programa llegar a las poblaciones más vulnerables que no cuenta con recursos para poder adquirirlos por sus propios medios, evitando así embarazos no deseados y recurriendo al aborto como único medio de regulación de su fecundidad con los riesgos que ello con lleva, no pudiendo planificar sus embarazos.

Este programa es objeto de estudio, por la relación estrecha que tiene con el trabajo de investigación, ya que debería haber producido variaciones positivas en el transcurso del periodo de estudio en la provincia del Chaco.

### **I.a.8 Adolescencia y Derechos**

En Argentina existe un marco consolidado de normas jurídicas sobre los derechos del adolescente. La Ley Nacional N.º 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable promulgada en 2002 y, más recientemente, la Ley N.º 23.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes brindan garantías y ratifican como sujeto de derecho a los adolescentes otorgando herramientas operativas (entre otros aspectos) para el tema de la sexualidad, reconociéndoles a los adolescentes el derecho a la información, a la privacidad y confidencialidad en las consultas, a la libre elección de los métodos, a los controles en salud correspondientes y a la provisión sin cargo de estudios y elementos de protección.

En la Provincia del Chaco se elaboraron instrumentos legales como la Ley 4633 “Bases programáticas para la prevención y asistencia a las madres niñas, a los padres niños y a su entorno familiar” y la Ley 4377 “Programa provincial de Prevención y Asistencia integral a las Víctimas de violencia familiar” que van mucho más allá de la gratuidad de los métodos y apuntan a la protección integral de la salud de los jóvenes. Contar con esta normativa y con los Programas correspondientes se estima como de sumo valor.

### **I. b. Justificación**

Por ser la Provincia del Chaco unas de las provincias con los más altos índices de niñas madres en el país, índices estos que se incrementan en los Departamentos más alejados de la capital de Chaco muy por arriba de la media provincial, hacen necesario disponer de información detallada a partir de registros disponibles para luego de sistematizados y ordenarlos se transformen en información confiable que permita formular o sugerir intervenciones efectivas para la prevención y cuidado del adolescente.

Se propone describir y caracterizar algunas particularidades de la población adolescente de la Provincia del Chaco para reducir riesgos y ocurrencia de embarazo durante la adolescencia temprana (menores de 11-14 años). Por otra parte en las adolescentes que se encuentran en el segmento de 15 a 19 años se propone además de describir y caracterizar a este grupo adolescente comprender las ofertas de servicios que brindaron los programas que se ejecutaron en el período de estudio y aquellos que se ejecutan al

presente para incrementar conocimientos y receptividad para mejorar la salud sexual y procreación responsable.

### **I. c. OBJETO DEL ESTUDIO**

#### **MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN LA PROVINCIA DEL CHACO**

##### **Planteamiento del problema:**

¿Los registros oficiales detectaron modificaciones significativas en las tasas de embarazo adolescente (fecundidad) en el período de los años 1999 al 2008?

¿Influyó la implementación de programas dirigidos a esta población en el período mencionado?

##### **Objetivo General:**

Describir características del embarazo adolescente en la provincia del Chaco entre los años 1999-2008

##### **Objetivos Específicos:**

- I) Establecer la tendencia de la evolución del embarazo adolescente en el Chaco y en los Departamentos que integran la Provincia en el período 1999 – 2008.
- II) Revisar y analizar el impacto del Plan SUMAR (Ex Plan Nacer) en lo referido a embarazo adolescente y el programa de Salud Sexual, Reproductiva y Procreación Responsable en vigencia en el período de estudio y al presente en la Provincia del Chaco.
- III) Identificación del grado de Instrucción de las embarazadas adolescentes en la Provincia del Chaco en el período 1999-2008.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGIA**

#### **II. a. DISEÑO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo sobre la evolución de las tasas de embarazo adolescentes y de características de esta población entre 1999 y 2008. Descripción de los planes y programas de: SUMAR (EX NACER) y Salud Sexual Reproductiva y Procreación Responsable en la provincia del Chaco en el periodo mencionado y al presente.

#### **II. b AMBITO DE ESTUDIO**

La provincia del Chaco es el ámbito del presente estudio aunque se describen y desagregan para análisis las seis zonas sanitarias que integran el sistema de la salud pública en la Provincia del chaco.

En lo referido a encuestas las actividades se realizaron a usuarios de la Zona Sanitaria I (área metropolitana). Las entrevistas se realizaron a funcionarios que desempeñaron funciones ejecutivas de ambos programas en el período de estudio y se desempeñan al presente en el Ministerio de Salud.

#### **II. c PERIODO DE ESTUDIO**

El estudio se centra en los embarazos adolescentes ocurridos en el periodo de 10 años que comprende desde 1999 a 2008 inclusive.

Para estudiar la tendencia se consideraron las tasas anuales de embarazos adolescentes registradas entre los años 1998-2008. Las fuentes de información sobre nacidos vivos utilizadas corresponden a los registros de la Dirección de Estadísticas sobre cada región sanitaria a la totalidad de la provincia.

#### **II. d. POBLACION DE ESTUDIO**

La población de estudio se obtuvo del total de 53.167 mujeres adolescentes que tuvieron hijos nacidos vivos en el periodo 1999-2008 y que dieron a luz en los establecimientos sanitarios de la provincia del Chaco.

Para definir embarazos adolescentes se consideraron los niños nacidos vivos de madres menores de 20 años, atendiendo a recomendaciones de la O.M.S., esta definición no incluye los abortos, ni los mortinatos para este grupo de madres al momento del parto.

## **II. e CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Para objetivo 1: Se revisaron todos los registros de niños nacidos vivos en la totalidad de las zonas sanitarias de la provincia del Chaco y de adolescentes que residían en la Provincia del Chaco entre los años 1999-2008.

Para Objetivo 2: Para revisar los planes y programas se analizaron los documentos y normativas de los planes y programas mencionados en la Provincia del Chaco y se entrevistaron a funcionarios con responsabilidad en la prevención y cuidado de la salud de la población de estudios mediante la realización de encuestas abiertas y visitas de campo para entrevistas y consultas a técnicos y usuarios de los planes y programas.

Las encuestas y modelos de entrevistas se adjuntan como Anexos a la presente investigación.

Para objetivo 3: Se revisaron todos los registros de los Censos vitales para determinar el Nivel de Instrucción de la madre, y como los valores registrados no estaban agrupados por edad, sino por el total de madres de hijos nacidos vivos, en el periodo estudiado, se los estimo.

## **II.f. FUENTES DE INFORMACION Y PROCEDIMIENTOS PARA LA OBTENCION DE PROPORCIONES DE EMBARAZO ADOLESCENTE**

Las fuentes de información de los nacimientos fueron .El Instituto Provincial de Estadísticas y Censos de la Provincia del Chaco, la Dirección de Estadísticas en Salud del Ministerio de Salud de la provincia del Chaco, La Dirección del Registro Provincial de las personas de la Provincia del Chaco.

Los datos se recogieron a partir de historias de nacimientos, Libros de Parto y de los registros de internación de los Servicios de Neonatología, estos se transfieren y registran en las áreas de Estadísticas de los Hospitales y se transfieren al nivel central en el ámbito de la Dirección de Estadísticas y Censo de Salud dependientes del Ministerio de Salud de la provincia. Los responsables de estos registros y el procedimiento descrito resultaron los mismos durante el periodo de estudio y al presente.

Se presumió que el sistema de registros de nacidos vivos en la provincia del Chaco es efectivo y que los nacimientos correspondieron a madres que residían en la provincia al

momento del parto y esto permitió construir el denominador en los cálculos de proporción de embarazo adolescente en la Provincia del Chaco.

El total de niños nacidos vivos de madres adolescentes identificados por año y en el periodo señalado constituyó el numerador para construir la proporción de embarazo adolescente.

Del mismo modo se procedió para obtener las proporciones de embarazo adolescente en cada zona sanitaria de la Provincia del Chaco

*Metodología para establecer la tendencia de la evolución de las proporciones de embarazo adolescente en el Chaco en el período 1999 - 2008*

La población que se estudió en esta investigación fueron las mujeres de 10 años a 19 años que tuvieron hijos nacidos vivos en la provincia del Chaco de acuerdo a la definición de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Nación.

La edad de las adolescentes se desagregó para este estudio entre las definidas como adolescente tempranas 10 a 14 años y adolescentes es decir de 15 a 19 años inclusive.

Esta descripción como se mencionó no considero los mortinatos y abortos de mujeres menores de 20 años por razones operativas

Otras variables de estudio fueron: a) grado de alfabetización b) Lugar de residencia geográfica de la madre al momento del parto. c) número de partos previos (expresados como nacidos vivos) de la adolescente

Definiciones operativas para este componente del estudio:

1) Lugar de Residencia de la madre (domicilio) de acuerdo a las zonas sanitarias en las que se organiza el sistema sanitario en la provincia del chaco en el periodo de estudio y al momento del parto.

2) Edad de la madre: se tomó como tal el intervalo de tiempo estimado entre el día mes y año del nacimiento, y el día, mes, año en que ocurre el parto, expresado en años.



3) Nivel de Instrucción: Es el grado más alto completado, dentro del nivel más alto que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema de educación de la provincia del Chaco.

4) Número de orden de nacimiento Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que fue registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre prescindiendo si los partos fueron de nacidos vivos o fetos muertos.

Se construyeron las proporciones anuales de nacimientos de hijos nacidos vivos en la provincia de madres adolescentes y a partir de estos se construyeron indicadores anuales que permitan comparar la evolución en el período de estudio y las tendencias.

Se aplicaron procedimientos estadísticos para observar si las diferencias resultaban estadísticamente significativas.

#### Metodología para el objetivo Específico II.

a) Se describieron los planes y programas al momento del estudio destacando: fecha de inicio del programa en Chaco, objetivos, actividades, metas y resultados a partir de informes oficiales. Se analizaron los logros alcanzados a partir de las metas propuestas en la Provincia del Chaco. Esto se acompañó con la revisión de documentación normativa, leyes y presupuesto provincial y/o fondos nacionales transferidos para la ejecución de los mismos.

b) Se investigó el funcionamiento de los programas entrevistando a funcionarios, profesionales y técnicos y beneficiarios. Las entrevistas fueron abiertas a los funcionarios responsables y con jerarquía de planes y programas. Para los usuarios de los programas las encuestas fueron cerradas y las preguntas tuvieron por objeto determinar el conocimiento que tienen sobre los mismos y su satisfacción.

#### Metodología para el objetivo específico III

a) Se investigó todos los Anuarios vitales de la provincia y los Censos de Nación, para poder determinar el Nivel de Instrucción de las madres adolescentes y el porcentaje de madres analfabetas adolescentes en el periodo estudiado. Se estimaron los datos que no proporcionaban los Anuarios y a partir de estos se construyeron indicadores anuales para poder comparar.

## II. g. ANALISIS ESTADISTICOS

Los datos tomados de los registros mencionados fueron introducidos en una base de datos del programa Microsoft Excel, donde se realizó una selección de aquellos considerados necesarios en relación al objeto de estudio.

### CAPITULO III

#### III.a RESULTADOS

##### III.a.1 Resultados Objetivo 1:

Para la descripción de los nacidos vivos de madres adolescentes se utilizó la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes definida como el porcentaje de nacidos vivos de madres entre 10 y 19 años sobre el total de nacidos vivos en cada año de madres residentes en la Provincia del Chaco. Para profundizar el análisis se obtuvieron las proporciones de madres adolescentes tempranas (10 a 14 años) y de madres adolescentes tardías (15 a 19 años) residentes en la Provincia, por cada año estudiado sobre el total de nacidos vivos en la Provincia del Chaco (Tabla 1).

**TABLA 1: Proporción de Nacidos Vivos de Madres de 10 A 19 años en Chaco (1999-2008)**

AÑO	TOTAL N.V.	N.V. de Madres 10 -14 años (%)	N.V. de Madres 15 a 19 años (%)	N.V de Madres 10 A 19 años (%)
1999	22634	227 (1,0)	5288 (23,3)	5515 (24,3)
2000	24453	305 (1,2)	5675 (23,2)	5980 (24,4)
2001	21336	285 (1,3)	4911 (23,0)	5196 (24,3)
2002	24139	308 (1,2)	5518 (22,8)	5826 (24,1)
2003	20971	229 (1,1)	4026 (19,1)	4255 (20,2)
2004	25479	277 (1,0)	5816 (22,8)	6093 (23,9)
2005	21495	280 (1,3)	4320 (20,1)	4600 (21,4)
2006	20140	266 (1,3)	4616 (22,9)	4882 (24,2)
2007	19063	251 (1,3)	4409 (23,1)	4660 (24,4)
2008	21808	277 (1,2)	4983 (22,8)	5260 (24,1)

N.V.: Nacidos Vivos. %): Porcentaje madres adolescentes (x grupo edades) de niños N.V. del total de N.V. x año. Ver Anexos 2-al 9 referentes a las tablas anuales de donde surge esta síntesis.

Para la descripción de la distribución territorial de los nacidos vivos de madres adolescentes de la Provincia del Chaco se estratificaron considerando los porcentajes de nacimientos de madres adolescentes respecto a los totales de nacimientos en las seis zonas sanitarias en que se organiza el sistema sanitario en la Provincia (incluyendo la subdivisión de la zona I (metropolitana e interior) y para cada año objeto de estudio (1999 a 2008) como se detalla en la Tabla 2. Se observa que para las diferentes zonas sanitarias los porcentajes de nacidos vivos de madres adolescentes difieren aunque son significativamente inferiores los porcentajes en cada año observado para la región metropolitana de la zona sanitaria I y que corresponde a adolescentes que residen mayoritariamente en la ciudad capital Resistencia. Los porcentajes de nacidos vivos de madres adolescentes señalan que en 7 de 10 años observados los porcentajes más altos de nacidos vivos de adolescentes correspondieron a la zona sanitaria VI (en los años 2005 y 2006 estos porcentajes resultaron superiores al 30%) y esto incluye los Departamentos y municipios de la Provincia más distantes de la ciudad capital Resistencia.

**Tabla 2: Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes en Chaco por zona sanitaria y año**

Zona Sanitaria	1999 % N.V. M.A.	2000 %N.V. M.A.	2001 % N.V. M.A.	2002 % N.V. M.A.	2003 % N.V. M.A.	2004 %N.V. M.A.	2005 %N.V. M.A.	2006 %N.V. M.A.	2007 %N.V. M.A.	2008 % N.V. M.A.
<b>I Met.</b>	<b>19,2</b>	<b>19,9</b>	<b>18,3</b>	<b>19,6</b>	<b>17,2</b>	<b>18,8</b>	<b>22,3</b>	<b>19,1</b>	<b>19,8</b>	<b>19,6</b>
<b>I Int.</b>	24,2	27,6	23,5	23,9	23,4	23,9	29,1	24,2	25,2	25,9
<b>II</b>	25,8	24,0	25,3	24,7	24,2	23,9	17,5	23,8	25,3	24,4
<b>III</b>	27,9	27,0	28,2	27,6	24,4	26,6	26,3	26,8	26,9	27,4
<b>IV</b>	26,3	28,4	28,9	25,3	25,4	28,0	26,0	29,3	26,7	29,7
<b>V</b>	26,8	26,3	27,7	26,6	23,7	26,5	26,6	26,9	28,1	26,5
<b>VI</b>	<b>28,2</b>	<b>26,9</b>	<b>27,8</b>	<b>29,0</b>	<b>28,1</b>	<b>28,0</b>	<b>30,8</b>	<b>31,3</b>	<b>29,5</b>	<b>28,1</b>

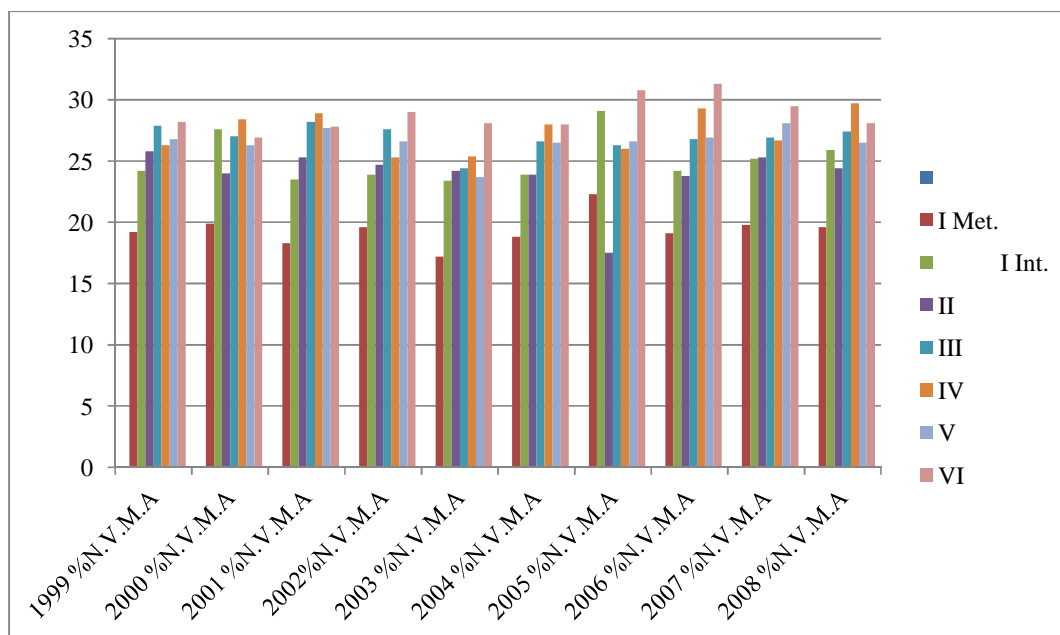
% N.V. M.A.: Porcentaje de nacidos vivos de Madres Adolescentes del total de nacidos vivos por cada zona sanitaria de la Provincia del Chaco

I Met. : Zona Sanitaria I – Metropolitana

I Int. : Zona Sanitaria I – Interior

**GRAFICO DE LA TABLA 2**

**Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes en Chaco por zona sanitaria y año**



Para describir el nivel de instrucción de las madres adolescentes de nacidos vivos en la Provincia del Chaco en los años objeto de estudio, se agrupó los estudios alcanzados en 3 categorías según se detalla en la Tabla 3. Se observa que en el período de estudio (con excepción del año 2008) más del 50 % de las adolescentes no completaron la secundaria al momento del parto, observándose una disminución de estos porcentajes en el periodo 2005 a 2008, con un incremento significativo de adolescentes que han finalizado estudios secundarios y se encuentran desarrollando estudios superiores en el último período (2005-2008) respecto al primer período (1999-2004). Se observó que la proporción de madres adolescentes analfabetas, sobre el total de las mismas representaba un promedio de un 24% en la década estudiada con una tendencia decreciente (ver tabla 4).

Se consideró que el nivel esperado de instrucción en las adolescentes embarazadas se debería corresponder con la edad. La Tabla 1 registra que los nacidos vivos de madres menores de 15 años representan menos del 5% del total de nacidos vivos en cada año estudiado y esto permite afirmar el bajo nivel de instrucción, en promedio, de la mayoría de las madres adolescentes al momento del parto.

**Tabla 3:** Nivel de instrucción de las madres adolescentes de nacidos vivos en (%) entre 1999 – 2008(\*),(\*\*)

Nivel de Instrucción	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Analfabeta o primaria incompleta	59.7	61.4	59.1	62.4	59.2	60.9	57.9	56.3	54.3	48.8
Secundario Incompleto o completo	25.8	26.4	34.8	28.5	30.7	28.8	31.0	32.1	33.9	38.0
Terciario o Universit. Incompleto	6.7	6.2	4.6	8.3	9.1	8.5	9.7	10.5	10.6	12.0

**TABLA 4:** Comparativa Estimada de madres analfabetas de hijos nacidos vivos en la Provincia en el Periodo 1999-2008(\*\*\*)

AÑO (1)	M. Adolesc.Analf. % (2)	M.ADOLESCENTES Analfabetas (3)	TOTAL DE Madres Analf.(4)	TOTAL DE MADRES %(5)
1999	<b>24.36</b>	281	1154	5.09
2000	<b>25.99</b>	330	1271	5.19
2001	<b>25.40</b>	280	1100	5.00
2002	<b>23.27</b>	247	1063	4.40
2003	<b>21.43</b>	144	673	3.21
2004	<b>23.49</b>	224	953	3.74
2005	<b>26.76</b>	182	680	2.90
2006	<b>23.35</b>	133	571	2.80
2007	<b>23.56</b>	115	488	2.60
2008	<b>24.12</b>	104	431	2.00

(\*) Los valores son estimados puesto que en los Censos vitales de la provincia no cuenta con esta información, sino por el total de las madres de hijos nacidos vivos el nivel de instrucción, realizando superposición de datos fehacientes para sacar la estimación que se ve en la Tabla 3.

(\*\*) Ver anexos 2-9 referidos a estos resultados (\*)

(\*\*\*) **La columna (2)** son estimados por no contar las estadísticas de la provincia con valores agrupados según la edad de la madre, representa el porcentual de madres adolescentes analfabetas sobre el total de madres analfabetas en el periodo de estudio

Los valores de **la columna (3)** son valores estimados en valores absolutos de madres adolescentes analfabetas de la provincia en el periodo de estudio.

Los valores de **la columna (4)** son los valores absolutos tomados de las Estadísticas vitales de la provincia de madres analfabetas que tuvieron hijos nacidos vivos en la provincia.

**La columna (5)** es el porcentaje representativo de madres analfabetas, sobre el total de madres que tuvieron hijos nacidos vivos en la provincia.

### **III.a.2 Resultados Objetivo 2:**

Del análisis de los planes y programas ejecutados en el período de estudio se observó que:

a) Sobre entrevistas a funcionarios

1) *Resultados de la entrevista a la Dra.G.C. (Ex JEFA DE NEONATOLOGIA) en período de estudio*

Manifiesta que no hubo modificaciones en la proporción de embarazo adolescente en el período de estudio

Posibles causas de la no reducción de la proporción de embarazo adolescente:

- a) Deficiencias en las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva dirigidas a esta población
- b) Deficiencias en la continuidad del suministro de los insumos y elementos para las políticas de anticoncepción (caracterizada por población con problemas de accesibilidad financiera para la adquisición de estos productos.
- c) Representaciones erróneas sobre la ocurrencia o no del embarazo en los adolescentes.
- d) Deficiencias en la articulación con el sector educativo sobre la educación para la salud en este tópico.

2) *Resultado de la entrevista a la Dra. A.M. (Funcionaria de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud)*

Manifiesta preocupación personal en la persistencia de elevadas proporciones de embarazo adolescente en el período de estudio y al presente respecto a otras provincias

La funcionaria respondió que la provincia no se ha modificado los índices ,de esta problemática ,y hay un crecimiento leve en las maternidades tempranas (menores de 15 años), y dado que al ministerio en la actualidad le da prioridad en la agenda a la disminución de la mortalidad materna y Desnutrición Infantil , se ha implementado un programa de “Unidad Provincial de Seguimiento

*Nutricional* “(ver Anexo 19) en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social para tratar de captar a las embarazadas de alto riesgo ,sino a las puérperas ,donde se considera en esta situación a todas las del grupo etario en estudio, por los riesgos de salud y la alta vulnerabilidad socioeconómica que presentan.

Destaco una forma de resolverlo es, con la entrega de bolsones nutricionales, que genera interés en las embarazadas adolescentes a concurrir a las charlas donde un equipo de asistentes sociales con una psicóloga de Desarrollo Social contengan a este segmento de la población.

El programa incluye seguimiento de las pacientes y la obligación de controles médicos, con charlas de las obstetras de los distintos CAPS, siendo el objetivo evitar un segundo embarazo no planificado a corto plazo y problemas de desnutrición en el recién nacido.

Reconoce que falta mayor coordinación con Ministerio de Educación, para lograr información clara para las adolescentes en materia de Educación Sexual.

La misma reconoce que se debe hacer más al respecto, pero existe tantas problemáticas sociales a resolver en la provincia, que se ha centrado como prioridad urgente disminuir la mortalidad materna y desnutrición infantil. No focalizándose, tanto en la prevención y disminución de las tasas de embarazos adolescentes.

3) *Resultado de la encuesta a la funcionaria a cargo del Programa de Salud Integral del Adolescente, (integrado a la provincia en el año 2009), dependiente de la Dirección de Maternidad e Infancia.*

Al realizar las preguntas de Embarazo Adolescente tema que interesa a esta Investigación ,la misma responde que su área está abocada a tratar de resolver este problema , pero la preocupación y ocupación a nivel provincial y del Ministerio de Salud del Chaco es disminuir las tasa de Mortalidad Materna y la Desnutrición Infantil, la que incluye a las adolescentes , siendo que es un grupo de alto riesgo ,máxime las adolescentes tempranas que se encuentran en pleno desarrollo ,con una propensión más alta de mortalidad ,tanto para la ellas como para el niño. La funcionaria comenta que se está tratando de implementar conserjerías para adolescentes.

## RESULTADOS DE ENCUESTAS A USUARIOS

- a) Se realizaron un total de 82 encuestas a usuarios de los Programas SUMAR y de Salud Sexual y Procreación Responsable (S.S.R.y P.R) del Ministerio de Salud de la Nación.
- b) Los usuarios entrevistados residían y concurrían a establecimientos de la Zona Sanitaria I (área metropolitana) en Centros de Salud (Municipios de Barranqueras y Puerto Vilelas) y en el Hospital "Julio C. Perrando" de la ciudad de Resistencia.
- c) Se observó que del total de mujeres entrevistas (N: 82) y que ingresaron al Programa como adolescente mantenían esta condición al momento de la entrevista 76 (92.7 %) de las mujeres.
- d) De las mujeres entrevistadas al caracterizarlas por lugar de residencia se observó que: 6 mujeres que residen en Resistencia concurren al Gran Hospital "Julio C. Perrando" las restantes (76) residentes en los municipios de Resistencia, Barranqueras y Puerto Vilelas concurren a su CAPS de cobertura geográfica.
- e) Todas las mujeres resultaron beneficiarias de planes sociales del gobierno nacional por lo que (con excepción de una paciente con trabajo formal) no disponen de obra social (O.S.)
- f) La Tabla 4 describe las características de las madres encuestadas (N: 82) por edad y lugar de residencia al momento de las entrevistadas, las cuales en un 7,3% correspondieron a madres en adolescencia temprana y en su gran mayoría estas mujeres residían en Barranqueras (85,3%).

**Tabla 4: Mujeres entrevistadas por grupo de edad y lugar de residencia**

<b>Edad</b>	<b>Resistencia</b>	<b>Vilelas</b>	<b>Barranqueras</b>
<b>20 o mas</b>	3	1	2
<b>15 a 19</b>	8	3	59
<b>14 o menos</b>	1	2	3



- g) La encuesta registró que la mayoría de las madres previo al momento del embarazo no utilizaban métodos anticonceptivo 45 (54.9%) aunque entre las que manifestaban utilizar métodos de anticoncepción surge de la entrevista la discontinuidad y desinformación que finalmente resultaron en embarazos no planificados.
- h) La tabla 5 indica el nivel de instrucción de las madres por grupo de edad las analfabetas y las que no completaron estudios primarios se agruparon y del mismo modo las de mayor nivel de instrucción que incluyo a las que finalizaron estudios secundarios o no completaron estudios terciarios.

**Tabla 5: Nivel de instrucción de las madres entrevistadas por grupo de edad**

<b>Edad</b>	<b>Primaria incompleta o analfabeta</b>	<b>Primaria completa</b>	<b>Secundaria Incompleta</b>	<b>Secundaria Completa o mas</b>
<b>20 o mas</b>	0	0	6	0
<b>15 a 19</b>	7	13	47	3
<b>14 o menos</b>	4	1	1	0

Se observó que de las 71 madres que completaron estudios primarios, pero 63 de ellas abandonaron estudios secundarios en el primer ciclo (2º o 3º año) y tan solo 6 continuaron estudios secundarios, 3 de las cuales finalizaron y solo 1 tiene continúa estudios terciarios al momento de la entrevista.

- i) Aunque la totalidad de las adolescentes madres se encuentra registrada y es beneficiaria de los programas enunciados, se observó que mayoritariamente 50 (61 %) desconocían los derechos que las asiste y objetivos de los programas (en el mismo sentido se manifestaron los profesionales que asisten a los adolescentes en relación al conocimiento de los usuarios entrevistados que concurren a los CAPS y al Hospital "Julio C. Perrando").
- j) En las encuestas se observa que todas las madres ingresaron al Plan y al Programa como adolescentes y que 13 mujeres (15.85%) lo hicieron en edades que correspondieron a la etapa de adolescencia temprana (menores de 15 años).
- k) Del total de madres entrevistadas (N: 82) se registró que en 23 mujeres ya se habían producidos más de un embarazo en la adolescencia (incluyendo abortos).

## **DISCUSION:**

El presente estudio aborda uno de los temas más álgidos y preocupantes para nuestra sociedad que es la problemática del embarazo adolescente, que en la actualidad, persiste como tema tabú para la sociedad y para el grupo familiar que debería contener a la adolescente embarazada.

A pesar de estar en el Siglo XXI, y donde se toca muchos temas con total libertad en los medios de mayor difusión (radio T.V. diarios, revistas), la sociedad y la comunidad de nuestra región discrimina a la adolescente embarazada, máxime en el ambiente en el que se mueve estos individuos en esta etapa de la vida (colegio, iglesia, clubes, etc.).

En el presente estudio se observó que el 90% de las adolescentes abandonaron estudios obligatorios (primarios o secundarios) durante el embarazo y que tan solo un 7% prosiguió con en el sistema educativo indicando las graves dificultades y barreras que implican y generan la gravidez en esta etapa crítica y problemática de la vida de una joven.

El estudio mostró luego de analizar registros oficiales que en el periodo comprendido entre 1999 y 2008 no se produjeron cambios significativos en la proporción de embarazo adolescente para la década investigada (24 %), aunque en el año 2003 se observó una reducción significativa en este indicador con un porcentaje (20,2 %), que luego se incrementó pudiendo resultar esto un hecho aislado.

Es de destacar, como se muestra en la Tabla 1,( ver anexos correspondientes a los años de estudio) que entre los años 1999 y 2008 al estudiar las proporciones de embarazo adolescente, entre las adolescentes tempranas (10 a 14 años) en números absolutos se redujo el número de nacidos vivos en la Provincia del Chaco pero se mantuvo de modo persistente un incrementó en número absolutos de madres niñas (10 a 14 años) respecto al año 1999, incluyendo al año 2008 y con el funcionamiento pleno de diversos programas dedicados a la problemática adolescente que incluyen asistencia y beneficios. Estas madres representaron en la serie del período de estudio más del 1% entre aquellas que tuvieron hijos nacidos vivos en la Provincia del Chaco. Estos resultados contrastan con los objetivos de los programas implementados (SUMAR, Salud Sexual y Procreación Responsable) y podrían resultar evidencias de graves falencias en las políticas sociales y sanitarias dirigidas a este colectivo desde todas las instancias

administrativas (nación, provincia y municipio), en salud esto resulta más evidente si se considera desde un enfoque sanitario los potenciales efectos adversos sobre la salud de la madre niña y su hijo.

Al analizar en la Tabla 2 la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes se observó que entre los años 1999-2003, cuando aún no se había implementado todavía los programas SUMAR (ex Plan Nacer) y Salud Sexual y Procreación Responsable, encontramos que en las Zonas Sanitarias que están más cerca de la capital de la provincia del Chaco donde se localizan los hospitales de mayor complejidad y mayor capacidad prestacional los porcentajes de embarazos adolescentes son menores a la media observada en otras regiones sanitarias de la Provincia y en contraste son muy superiores a la media provincial los porcentajes de embarazos adolescentes en las regiones sanitarias más alejadas de la capital provincial y con menor capacidad de oferta y asistencia de servicios sanitarios.

Al analizar el segundo quinquenio del período estudiado (2004 - 2008) cuando se inició el funcionamiento en la Provincia del Chaco de los programas convenidos con el Ministerio de Salud de la Nación, se observa que los mismos no tuvieron el impacto esperado en los años posteriores, puesto que no solo no hubo modificaciones significativas sino que en este período se incrementaron las proporciones de embarazo adolescente respecto a la media provincial (24.4 %). En este quinquenio se registró en la Zona Sanitaria VI de la Provincia del Chaco la proporción más elevada de esta década en el año 2005 con 31.3 %.

Si bien los programas abarcan diferentes problemáticas en su aplicación y no solo el embarazo adolescente, pareciera que otros aspectos relacionados con estrategias preventivas de problemas frecuentes que afectan la salud de la mujer fueron priorizados como ser: mortalidad materna, desnutrición, cáncer uterino, infecciones de transmisión sexual, etc.

Los resultados que muestran las entrevistas indican que no se ha logrado llegar a los adolescentes como se propuso en la formulación de metas y que los programas provinciales y nacionales no lograron una mayor concientización, percepción y/o adhesión en las adolescentes a reducir riesgos y dificultades que acarrea un embarazo no planificado y en mayor grado en condiciones de vulnerabilidad.

En la presente investigación se pudo comprobar que, en un porcentaje elevado las adolescentes que habían quedado embarazadas en etapas muy tempranas, a pesar de ser incluidas en los programas mencionados y no haberlo planificado, en poco tiempo debieron afrontar nuevos embarazos.

Resulta casi evidente que en las madres estudiadas, el embarazo dificulta la continuidad de los estudios primarios y secundarios obligatorios y gratuitos que promueve el estado, una de las observaciones más preocupantes es que parecería que esto además las excluye de acceder al mercado laboral, solos obteniendo subsidios estatales agravando su condición de vulnerabilidad de subsistencia que a veces se acompaña de trabajos informales. Esto, como se desprende de las entrevistas a los usuarios de programas sanitarios reafirma un círculo de la pobreza y vulnerabilidad que resultaría muy difícil de superar tanto a la madre como al niño.

De la revisión de las declaraciones de los funcionarios que se ocupan de este tema, todos manifiestan que existe preocupación sobre las proporciones de embarazo adolescente, pero no se observan documentos y políticas que definan acciones operativas de coordinación intersectorial entre las áreas de Salud, Educación y Desarrollo Social atendiendo a las recomendaciones de los organismos internacionales para lograr mayor efectividad en la llegada a los jóvenes con información y sensibilización en las temáticas de sexualidad y procreación.

Posiblemente el programa SUMAR (EX Plan Nacer) que prioritariamente es un programa inclusivo para los grupos más vulnerables de la sociedad que no tienen cobertura en salud, ha sido efectivo en lo referente al otorgamiento de un paquete de prestaciones asistenciales y preventivas, pero es cada vez más evidente en indicadores como los de embarazo adolescente (y más aún en el de las madres niñas) que estos muestran deficiencias en la falta de coordinación con otros programas municipales, provinciales y nacionales para el logro de mayor eficacia en sus objetivos de fortalecer la salud.

El reclamo de usuarios y profesionales más frecuente en las entrevistas hacen referencia a un aspecto central para reducir el embarazo no deseado en adolescentes como ser: la irregularidad en la disponibilidad y distribución de los anticonceptivos, los incumplimientos de las fechas programadas de entrega de anticonceptivos resultaría de significativa importancia en esta población de intensa actividad sexual.

La falta de anticonceptivos o el atraso de las entregas en los mismos, que debe ser en forma continua, haría necesario según manifiestan los entrevistados que se diseñen desde el Estado nuevas formas de articulación e intervenciones con representantes de la comunidad, mecanismos novedosos donde los representantes de la comunidad adquieran un protagonismo suficiente que permita monitorear estos programas del Estado en la búsqueda de mayor eficiencia y eficacia.

Otras de las cuestiones que surgen de los resultados observados se relaciona a las diferencias en tasas y proporciones detectadas entre las diferentes zonas sanitarias donde residen los adolescentes, podría haber una significativa asociación entre algunas particularidades vinculadas a barreras de accesibilidad entre las ofertas de servicios sanitarios (asistencia, prevención y promoción) que habría que investigar que se brindan a los adolescentes que residen a menor o mayor distancia del área metropolitana.

En las Zona IV y VI donde se dan los más altos porcentajes de madres adolescentes de la provincia, coincide y así lo reconoce el Ministerio de Salud con regiones geográficas de la Provincia del Chaco menos desarrolladas donde la comunicación y el acceso a la salud presenta mayores dificultades de diversa naturaleza. Esto también lo señalan las autoridades sanitarias y algunos usuarios entrevistados que residían en las regiones sanitarias mencionadas y que luego migraron al área metropolitana. Estos señalan que en esas regiones lograr asistencia básica es mucho más complicado respecto a lo que perciben como asistencia y prevención en el área metropolitana ( Zona I de Salud) donde el acceso geográfico a los hospitales y servicios de mayor complejidad y la mayoría de los CAPS distribuidos en toda la zona metropolitana se visualiza como facilitado.

Si comparamos a la provincia del Chaco, con el resto del país vemos la siguiente relación:

Tomando los datos de del año 2001 según trabajo realizado por Binstock y Pantelides vemos que hace una comparativa a nivel país para determinar las diferencias que existe con las grandes urbes como Buenos Aires ,Córdoba ,Rosario en contraposición con las del resto del país .

Según los datos del estudio realizado por estos investigadores, en “*La fecundidad adolescente hoy: Diagnostico Socio demográfico*”, ellos constatan que la provincia del

Chaco presenta los valores más elevados del país en la distribución de los nacimientos de madres de hasta 19 años de edad entre las jurisdicciones de residencia del país.

El informe divide a los hijos de madres adolescentes en tres grupos: los nacidos de madres hasta 14 años, las de 15 hasta 17 años y las de 18 hasta 19 años.

Las madres adolescentes de hasta 14 años de edad de la provincia del Chaco representaban el 5.5 % del total de los nacimientos, las de 15 hasta 17 el 44.4 % y las de 18 a 19 años 50.1% sobre el total de nacimientos ocurridos en la provincia en este periodo de madres adolescentes.

En síntesis en la Provincia del Chaco se registran los valores más altos del país en la proporción de madres adolescentes de hasta 14 años entre las madres adolescentes, le siguen en este orden la provincia de Corrientes con el 4.9%, Formosa con el 4.6% Catamarca con el 4.2% y Misiones con el 3.9 % del total de cada jurisdicción.

En el grupo de madres adolescentes de 15 a 17 el mayor porcentajes se observa en la Provincia de Corrientes con el 46.8 %, lo sigue la Provincia del Chaco 44,4 %, luego la de Catamarca con el 41.8%, Formosa y Misiones con el 40.8 %.

En el grupo de madres adolescentes de 18 a 19 años los porcentajes más elevados se registran en la Provincia de Buenos Aires en su totalidad con el 64.1 % en promedio (aunque en el Partido Gran Buenos Aires de esa Provincia el porcentaje es mayor 64.4 % respecto al resto de la Provincia de Buenos Aires (62.2%))

Finalmente estas observaciones destacan las diferencias significativas entre regiones del país, ya que en el promedio en los diferentes grupos de madres adolescentes estos índices resultan en Argentina el siguiente modo: madres de hasta 14 años 3.0%, en madres de 15 a 17 años 38.7% y en las madres adolescentes de 18 a 19 años es del 58.2%

En esta misma investigación hace una comparativa de los nacimientos según el orden de nacimiento en el rango de 18-19 años y la jurisdicción correspondiente donde se determina que en la provincia del Chaco el 53.2 % es su primer hijo el 32.5 % tiene 2 hijos, y 3 y más hijos el 14.3 %, mientras que la provincia de Buenos Aires el 74.9 % de la adolescentes es su primer hijo, el 20.9 % es de 2 hijos, y 3 y mas el 4.2%.

El promedio en el país de 67.5% el primer hijo, de 2 hijos el 24.9% y de 3 y mas el 7.6% (9)

Como una referencia más actualizada en la temática y de la persistencia de la situación descrita, es de destacar que en el año 2012 nacieron en la provincia 22.041 personas. Los registros de esos nacimientos permiten saber que 252 madres tenían menos de 15 años y que 5.192 madres tenían menos de 20 años, según los últimos datos disponibles en la Dirección de Estadísticas e Información de Salud de la Nación. Esto quiere decir que casi el 24% del total de las mujeres que dieron a luz ese año eran adolescentes. Es decir, una de cada cuatro.

Porcentualmente, las cifras son muy similares a las demás provincias de la región. En Corrientes, donde nacieron 19.639 personas en 2012, los registros marcan que 150 madres tenían menos de 15 años y 3.899 entre 15 y 19 años. (10)

En Misiones, de 25.510 nacimientos -siempre en 2012-, 232 fueron de madres de menos de 15 años y 5.496 de madres de entre 15 y 19. Finalmente, en Formosa, de 12.005 madres 166 tenían menos de 15 años y 2.759 entre 15 y 19. Esto muestra que Chaco fue la provincia con mayor número de niñas y adolescentes madres durante 2012 en todo el NEA. (10,10)

---

(8) FECUNDIDAD ADOLESCENTE DIAGNOSTICO SOCIODEMOGRAFICO (2006)

(9,9) DIARIO NORTE. UNO DE CADA 4 MUJERES QUE DA A LUZ EN EL CHACO ES NIÑA O ADOLESCENTE

## **CONCLUSION**

La proporción de nacidos vivos de madres adolescentes en el periodo 1999-2008 en la provincia del Chaco resulta entre las más elevadas de Argentina (24%).

Aunque es considerado un problema por las autoridades sanitarias que involucra población vulnerable, y se han implementado programas que continúan al presente, no se han observado modificaciones significativas en este período, con excepción de los años 2003 y 2005.

La zona sanitaria VI registró la mayor proporción de nacidos vivos de madres adolescentes de la Provincia, el más bajo fue en el año 2000 (26.9 %) y el máximo en el año 2006 (31.3 %).

En el año 2008 en números absolutos y proporcionalmente el número de madres niñas (madres de hasta 14 años o adolescencia temprana), luego de haberse implementado programas socio-sanitarios que trabajan la temática, fue superior a los registros observados en el año 1999 en la Provincia del Chaco.

En el período de estudio (1999 - 2008) la proporción de hijos nacidos vivos de madres adolescentes tempranas (menores de 15 años) nunca resultó inferior al 1 %, representando un problema sanitario de alto riesgo para la salud de la adolescente y su hijo, hecho que persistiría al presente.

Los resultados mostraron diferencias significativas en la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes residentes en las diferentes regiones sanitarias de la Provincia del Chaco. En la Zona Sanitaria VI se observó la mayor brecha para estas proporciones superando en más del 30% a la Zona Sanitaria I en el año 2006.

La mayor proporción de nacidos vivos de madres adolescentes se corresponde con aquellas que residen a mayor distancia del área metropolitana (o la ciudad de Resistencia). Las áreas de mayor proporción de nacidos vivos de madres adolescentes coinciden con regiones geográficas de menor desarrollo y oferta de servicios sanitarios de la Provincia del Chaco.

Se observó bajo nivel de instrucción de las madres adolescentes al momento del parto. En el período de estudio (excepto el año 2008) más del 50 % de las madres adolescentes no completaron estudios secundarios. Los resultados indican tendencias significativas



de mejoras en el nivel de instrucción de estas madres al comparar el período 2005 a 2008 respecto al período 1999 al 2004. Se observan incrementos significativos de madres adolescentes que han finalizado estudios secundarios o que desarrollan estudios superiores y reducción significativa en el grupo de madres analfabetas o con estudios primarios incompletos en el período 2005 a 2008.

En las entrevistas realizadas se constata y verifica el bajo nivel de instrucción de las madres entrevistadas, así como también un marcado desconocimiento de los programas de asistencia.

Se observó en las entrevistadas que concurren a los programas la vulnerabilidad socioeconómica, casi la totalidad no disponen de trabajo estable aunque reciben subsidios del Estado. La madre adolescente que eventualmente trabaja lo hace de modo informal.

Se estima que los resultados observados en el área metropolitana en relación al conocimiento y opinión sobre funcionamiento de los programas, podrían ser similares o aún más negativos hacia el interior de la provincia considerando la disminución de la oferta de servicios sanitarios y la agudización de los problemas funcionales operativos de los programas, de acuerdo a lo señalado por entrevistados del área metropolitana.

Debería resultar de prioridad para las políticas públicas de la Provincia del Chaco atender de modo integral a las recomendaciones que sugieren los organismos internacionales y adhiere la suscripta, que se detallan más adelante.

## **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:**

### Acciones Preventivas

- Mejorar políticas y formular proyectos, programas y acciones relativos a la prevención de los embarazos infantiles cualquiera sea su origen.
- Coordinar y evaluar la ejecución de los proyectos ,programas y acciones sectoriales preventivos y asistenciales
- Ejecutar un relevamiento de los recursos comunitarios y propender a su desarrollo, perfeccionamiento e integración.
- Elaborar campañas de difusión centradas en la concientización y sensibilización de la comunidad frente a la problemática de los embarazos infantiles para lograr la colaboración de la sociedad.
- Promover y organizar programas de formación y educación relacionados con la problemática dirigida no solo a la problemática infantil, sino también al entorno familiar, incluyendo capacitación y orientación de la sociedad civil.
- Desarrollar programas de consejería y capacitación para padres, madres y maestros de adolescentes con hijos.
- Asistencia psicológica a las madres adolescentes embarazadas
- Asistir al entorno familiar, antes del nacimiento.
- Implementar la re inserción de las adolescentes embarazadas .en los establecimientos escolares con guarderías para sus bebe.
- Crear institutos de atención de las adolescentes embarazadas, con orientación educacional con oficio para su inserción en el mercado laboral, posteriormente a su parto.(la función de estos establecimientos serán de albergar a las mismas, con tratamiento multidisciplinario , ya que muchas de ellas una vez embarazadas son excluidas de sus hogares )

## BIBLIOGRAFIA

1. AIZEN, M y PIOTTO, A (2006). "El apuro por ser mama". Revista Viva. Numero 1.577. Buenos Aires, Página. 4-10.
2. AÑÑOS, C. (1993), "Fecundidad y madres adolescentes de la ciudad de Rosario: tendencias 1980-1991", en AEPA, II Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Buenos Aires, AEPA y Honorable Senado de la Nación.
3. BINSTOCK, G. y PANTELIDES, E. A. (2005), "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico socio demográfico", en GOGNA, M. (coordinadora), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 77-112.
4. CARROLI, G. (2005), Embarazo adolescente. Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Datos del Gran Rosario, Trabajo presentado en la XIX Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Cartagena de Indias, Colombia, 10-13 de mayo
5. CEPAL/CELADE (2005), Boletín Demográfico, N° 76, Santiago de Chile.
6. CONTRERAS, J. M. y FALCONIER de MOYANO, M., Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe, México D.F., UNFPA, pp. 19-40
7. . COLL, A., A. DI NOTO, S. RAFFA, S. LÓPEZ ZABALETA, E. BALDI y A. BARATA. «Edad materna menor o igual a 15 años y factores de riesgo de bajo peso al nacer». *Obste. y Ginec. Lat. América.*, 1995, 53(6): 385.
8. COLL, A., A. GIURGIOVICH, S. VALENTE, S. LÓPEZ ZABALETA, A. MATERIA, M. MERINO y H. TROUCHOT. «Embarazo en la adolescencia: edad ginecológica y resultados perinatales». *O. G. L. A.*, 1997, 55(5-6): 275.
9. COLL, A., A. GIURGIOVICH, M. ALBANESE y A. BARATA. «Are Adolescent Mothers Less Success full In Breast-Feeding Than Adult Women?». XVI World Congress of the International Federation of Gynecology and Obstetrics. Washington, setiembre 2000.
10. . DELGADO PÉREZ, M. (1992), La fecundidad de las adolescentes en el conjunto de España y en la Comunidad Autónoma de Madrid, Serie Documentos de Trabajo, N° 7, Madrid, CSIC, Instituto de Demografía.
11. DOLINSKY, G (1998) "Maternidad Adolescente: posibles intervenciones del trabajador social". Revista Hospital Materno Infantil "Ramón Sarda". N ° 17- julio. (Páginas 158-159.)
12. DOWNES, (2005). "El índice de embarazos adolescente tiende a aumentar en la Argentina". Diario Clarín. Buenos Aires, OPS Acciones de Salud Materno infantil a Nivel Local: Según las Metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

13. DUBERGES, C., O. GARCÍA y E. BIEDACK. «Diagnóstico de situación 1986 - 1991. Red Informática Perinatal». Rev. de la Soc. Obstet. Ginecol. de Buenos Aires, 1993, 72 N. ° 902, p. 114.
14. . GELDSTEIN, R. N. y PANTELIDES, E. A. (2003), "Coerción, consentimiento y deseo en 'la primera vez'", en CHECA, S. (Comp.), Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, Buenos Aires, Paidós, pp. 103-138.
15. . GERONIMUS, A. T. y KORENMAN, S. (1992), "The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered", en Quarterly Journal of Economics 107.
  
16. GIUSTI, A. y PANTELIDES, E. A. (1991), Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social
17. GIRARD, G. A. et ál. El adolescente varón. Buenos Aires: Lumen, 2001
18. GOGNA, M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES, Buenos Aires, 2005
19. GOGNA, M. (coord.) (2005), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas sociales, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
20. GOGNA, M. (coord.) (2005), "Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas", en GOGNA, M. (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 317-327.
21. . GOGNA, M.; FERNÁNDEZ, S. y ZAMBERLIN, N. (2005), "Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo adolescente: hallazgos de la encuesta a puérperas", en GOGNA, M. (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 251-284
22. GONZÁLEZ GARZA, C.; ROJAS MARTÍNEZ, R.; HERNÁNDEZ SERRATO, M. y OLAIS FERNÁNDEZ, G. (2005), "Perfil de comportamiento sexual de adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000", en Salud Pública de México 47 (3), pp. 209-218.
23. . GUZMÁN, J. M.; CONTRERAS, J. M. y HAKKERT, R. (2001), "La situación actual del embarazo adolescente y del aborto", en GUZMÁN, J. M.; HAKKERT, R.;
24. HAKKERT, R. (2001), "Consecuencias del embarazo adolescente", en GUZMÁN, J. M.; HAKKERT, R.; CONTRERAS, J. M. y FALCONIER de MOYANO, M., Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe, México D.F., UNFPA, pp. 143-180
25. HOFFERTH, S. (1997), "The children of teen child bearers", en HOFFERTH, S. y HAYES, CH. (eds.), Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing, Washington D.C., National Academy Press, pp. 174

26. LUKER, K. (1997), *dubious conceptions: the politics of teenage pregnancy*, Cambridge, USA, Harvard University Press.
27. MACANARNEY, E, R. KREIPE, D. ORR y G. COMERCI. *Textbook of Adolescent Medicine*. USA: Saunders, 1992.
28. MARTÍNEZ, J. C., E. ANDINA et ál. «Programa Asistencial para Madres Adolescentes (PROAMA)». *Rev. de la Maternidad Sardá*, 1992, XI, N.º 2.
29. MANZELLI, H. y PANTELIDES, E. A. (2007), "La edad a la iniciación sexual y sus correlatos en varones de cuatro ciudades de América Latina", en LÓPEZ, E. y PANTELIDES, E. A. (comps.), *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*, Buenos Aires, CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.
  
30. MÉNDEZ RIBAS, J. M. et ál. *Enfoque actual de la Adolescente por el Ginecólogo: Una Visión Latino americana. «Maternidad y Paternidad en la Adolescencia»*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2004.
31. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, *Programa Nacional de Estadísticas de Salud (varias fechas), Estadísticas vitales. Información básica*, Buenos Aires
32. MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, *Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2005), Estadísticas vitales. Información básica 2004*, Buenos Aires
33. MINISTERIO DE SALUD/CONAPRIS/CEDES. *El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud*, 2005.
  
34. NACIONES UNIDAS, *Population División (2003), Word population prospects: the 2002 revisión [en línea] [fecha de consulta: junio 2003]* <<http://esa.un.org/unpp>.
35. OPS (1985). *La Salud de los adolescentes y jóvenes de de las América Población Científica N° 489*.
36. OPS. (1990) *Las Condiciones de salud de las América. Publicación Científica N° 524*
37. *Organización Panamericana de la Salud (1990): Sistemas Locales de Salud (SILOS) Bol .O. Vol. 109 N° 5 y N° 6*
38. . PANTELIDES, E. A. (1989), *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XIX*, Cuadernos del CENEP N° 41, Buenos Aires, CENEP
39. Pantelides A. E. y Binstock G. (2007:24-43)): *La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI (Revista Argentina de Sociología Año 5 N° 9-INSS1667-9261*
40. PANTELIDES, E. A. (2005), *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*, Trabajo realizado para el Equipo de Apoyo Técnico del FNUAP para América Latina y el Caribe.

41. PANTELIDES, E. A. (2004), "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en CELADE y Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, La Fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?, Santiago de Chile, CEPAL y UPX, pp. 167-187. También en Notas de Población XXXI (78), pp. 7-34
42. PANTELIDES, E. A. y GELDSTEIN, R. (1999), "Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos", en AEPA, CEDES, CENEP, Avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad, Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP, pp. 45-53.
43. PANTELIDES A. E. y BINSTOCK G. (2007:24-43)): La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI (Revista Argentina de Sociología Año 5 N° 9-INSS1667-9261
44. PANTELIDES, E. A. y G. BINSTOCK. «La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI». Rev. Argent. Social, vol. 5, N.º 9. Buenos Aires, jul. / dic. 2007. ISSN 1669-3248.
45. POMATA, J. et ál. «Guía y Recomendaciones para la Atención de la Adolescente Embarazada y su Hijo». Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Año 2006, vol. 25, N.º 2.
46. PORTNOY, F. (2005), "El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales", en GOGNA, M. (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas,
47. RAMOS BARROSO A.: Maternidad en la Adolescencia (Monografía)
48. STERN, C. (1997), "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", en Salud Pública de México 39 (2), pp. 137-143.
49. STEVENS SIMON, C. y E. MAC ANARNEY. «Adolescent pregnancy». En: Mac Anarney, E. et ál. Textbook of Adolescent Medicine. USA: Saunders, 1992, cap. 74, p. 689.
50. TOMASSINI, T. L., R. H. WINOGRAD, E. NIGRO DE SALERNO y O. PARADA. «Adolescencia: Análisis de indicadores de atención del embarazo, parto y recién nacido en la población asistida en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, de Buenos Aires, 1978-1996». O. G. L. A., 1997, 55(5-6): 263-274.
51. VALENTE, S., A. GIURGIOVICH, A. COLL, A. MATERIA y S. RAFFA. «Incidencia de malformaciones en hijos de madres adolescentes». III Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. Sociedad Argentina de Pediatría. Carlos Paz, Córdoba, octubre 1998.
52. ZAMBERLIN, N. (2005), "Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad", en GOGNA, M. (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 28

### **Leyes y Normativas Nacionales**

CÓDIGO PENAL ARGENTINO. Artículo 86. Incisos 1 y 2.

CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

LEY N.º 26.061. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Responsable.

LEY N.º 26.206. Educación Nacional.

MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos Normativos para la Atención en adolescentes, 1995.

LEY N.º 25.673 (Argentina): Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

### **Organismos Internacionales**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C.: OPS © 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D.C.: OPS, © 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie OPS/FNUAP N.º 2. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Copyright © 2000, OPS.

UNICEF Argentina. La niñez y la adolescencia.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child and adolescent health and development. Action to address adolescent pregnancy. 17 October, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child and adolescent health and development, 2010.

### **LEYES DE REFERENCIA APLICADAS EN OTRAS PROVINCIAS**

Leyes y Normativas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Retención escolar de alumnas/os madres/padres y embarazadas en las escuelas medias y técnicas.

LEY N.º 709. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Maternidad y paternidad de alumnos/as. Sancionada el 26/06/2003.

LEY N.º 1.044. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Regulación del procedimiento a seguir ante situaciones de embarazos con patologías incompatibles con la vida. Sancionada el 29/11/2001

#### ORGANISMO PROVINCIALES

Dirección Materno Infantil, (Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco)

#### PROGRAMAS NACIONALES

Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación.  
Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación

MINISTERIO DE SALUD. Unidad Coordinadora de Programas Materno Infanto Juveniles y Nutricionales. Información Diagnóstica, 2001.

#### Revistas y diarios

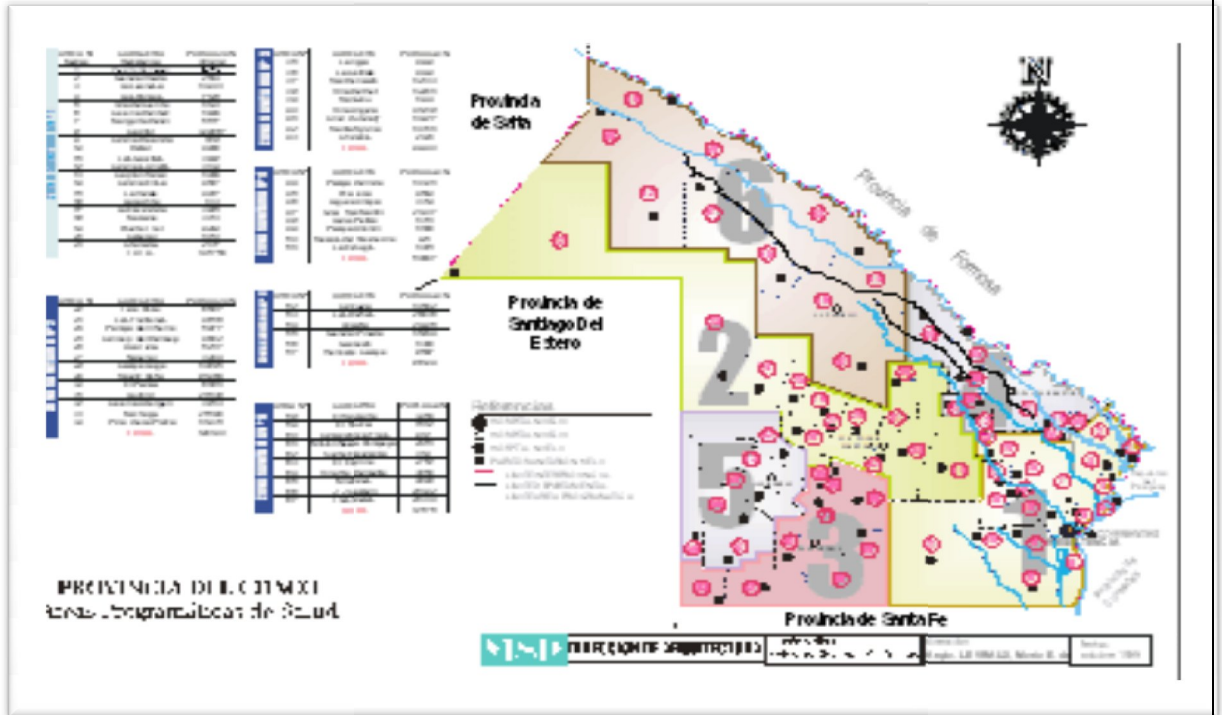
Página 12. «Tras 25 años, aumentó la fertilidad adolescente. Cada cinco minutos una niña da a luz en argentina». Lunes 13 de agosto de 2007.

#### SITIOS INTERNET

- [Http://www.scielosp.org/scielo.php](http://www.scielosp.org/scielo.php)
- Cedes argentina Ministerio de Salud/CONAPRIS1, CEDES2
- Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria
- Email: ASINVTEC@MSAL.GOV.AR
- Chaco .gov.ar (Ministerio de Salud, Subsecretaria de Promoción y Prevención de la Salud)



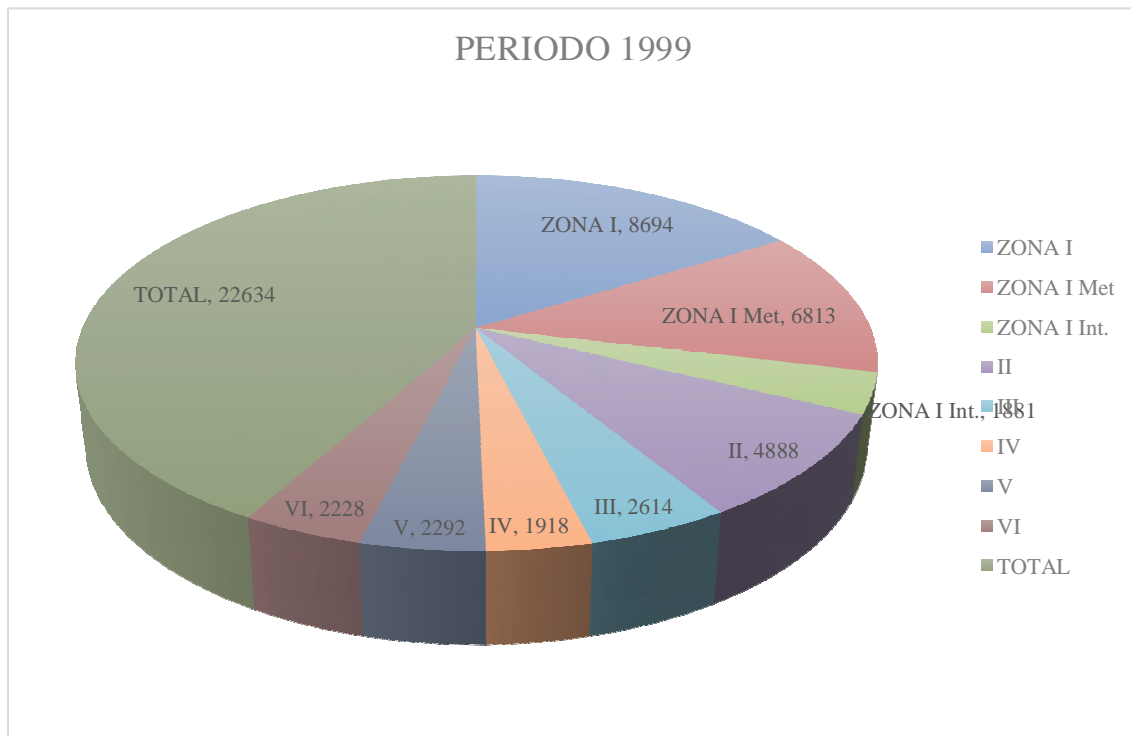
## ANEXOS



Indicadores utilizados: Todos los años de estudios se utilizaron los mismos indicadores , cambiando el año

INDICADOR= MUJERES ADOLESCENTES QUE TUVIERON HIJOS NACIDOS VIVOS ZONA I AÑO 1999 X100
TOTAL DE MUJERES QUE TUVIERON HIJOS NAC.VIVOS ZONA I AÑO 1999
INDICADOR = MUJERES ADOLESCENTES QUE TUVIERON HIJOS NACIDOS VIVOS ZONA II AÑO 1999 X100
TOTAL DE MUJERES QUE TUVIERON HIJOS NAC.VIVOS ZONA II AÑO 1999
INDICADOR = MUJERES ADOLESCENTES QUE TUVIERON HIJOS NACIDOS VIVOS ZONA III AÑO 1999 X100
TOTAL DE MUJERES QUE TUVIERON HIJOS NAC.VIVOS ZONA III AÑO 1999
INDICADOR = MUJERES ADOLESCENTES QUE TUVIERON HIJOS NACIDOS VIVOS ZONA IV AÑO 1999 X100
TOTAL DE MUJERES QUE TUVIERON HIJOS NAC.VIVOS ZONA IV AÑO 1999
INDICADOR = MUJERES ADOLESCENTES QUE TUVIERON HIJOS NACIDOS VIVOS ZONA V AÑO1999 X100
TOTAL DE MUJERES QUE TUVIERON HIJOS NAC.VIVOS ZONA V AÑO 1999
INDICADOR = MUJERES ADOLESCENTES QUE TUVIERON HIJOS NACIDOS VIVOS ZONA VI AÑO 1999 X100
TOTAL DE MUJERES QUE TUVIERON HIJOS NAC.VIVOS ZONA VI AÑO 1999

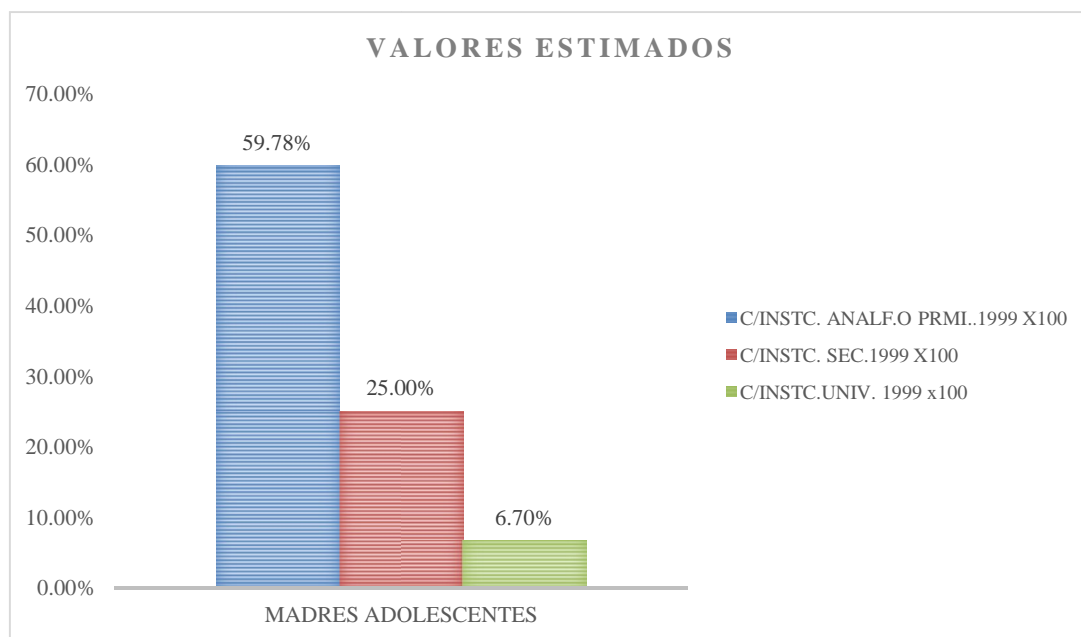
PERIODO 1999									
REGIONES	TOTAL PRVIA.	ADOLESCENCIA				ADULTA	REGIONES	TENDENCIA POR	
ZONAS	22634	MENOR DE 15	DE	15 A 19	RESTO	ZONAS	REGION TOTALES		
ZONA I	8694	50		1718		ZONA I	1768		
ZONA I Met	6813	29	0,40%	1282	18,80%	5502	METROP. I	1311	19,24%
ZONA I Int.	1881	21	1,10%	436	23,00%	1424	INTERIOR I	457	24,29%
II	4888	48	1,00%	1217	25,00%	3623	II	1265	25,88%
III	2614	41	1,60%	690	26,00%	1883	III	731	27,96%
IV	1918	27	1,40%	479	24,90%	1412	IV	506	26,38%
V	2292	25	1,10%	591	26,00%	1676	V	616	26,88%
VI	2228	36	1,60%	593	27,00%	1594	VI	629	28,23%
<b>TOTAL</b>	<b>22634</b>	<b>227</b>		<b>5288</b>		<b>17114</b>	<b>TOTAL</b>	<b>5515</b>	<b>24,36%</b>



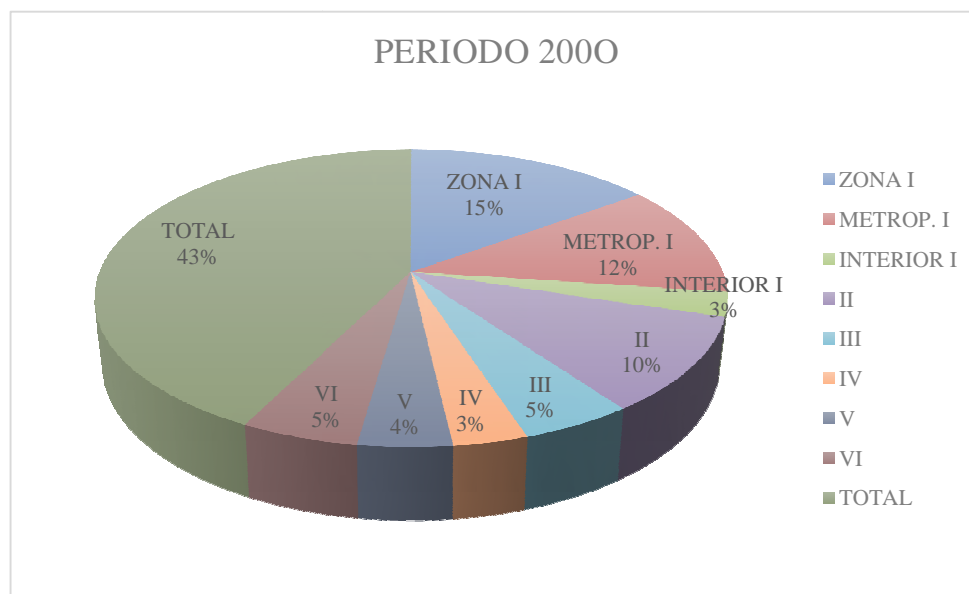
NIVEL DE INSTRUCCION		DEL TOTAL		DE MADRES			
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.
ZONA I	1,323	29	12,6	20,4	20,8	5,94	5,77
ZONA I Met	0,881	27,1	9,82	22,5	22	6,72	6,71
ZONA I Int.	2,924	36	22,6	12,7	16,4	3,08	2,39
II	6,178	29,4	31,3	1,98	7,67	2,97	1,98
III	7,039	27,5	36,3	7,96	12,4	3,25	1,15
IV	6,674	30	35,1	9,02	14	0,99	0,83
V	7,81	26,9	35,1	9,86	11,8	2,18	1,18
VI	11,04	22,5	42,8	4,94	8,93	0,99	0,76
TOTAL	5,099	28,1	26,5	11,4	14,3	3,7	3,04

N.DE INSTC MADRES ADOLESCENTES 1999					
ZONAS	N/A	PRIM	SEC	UNIV	E
ZONA I	23	735	728	207	S
Z. I Met	12	484	584	176	T
Z.I Int.	13	268	133	25	I
II	78	768	122	63	M
III	51	466	149	32	A
IV	34	330	117	9	D
V	48	382	134	21	O
VI	69	411	87	11	S
TOTAL	281	3016	1421	372	

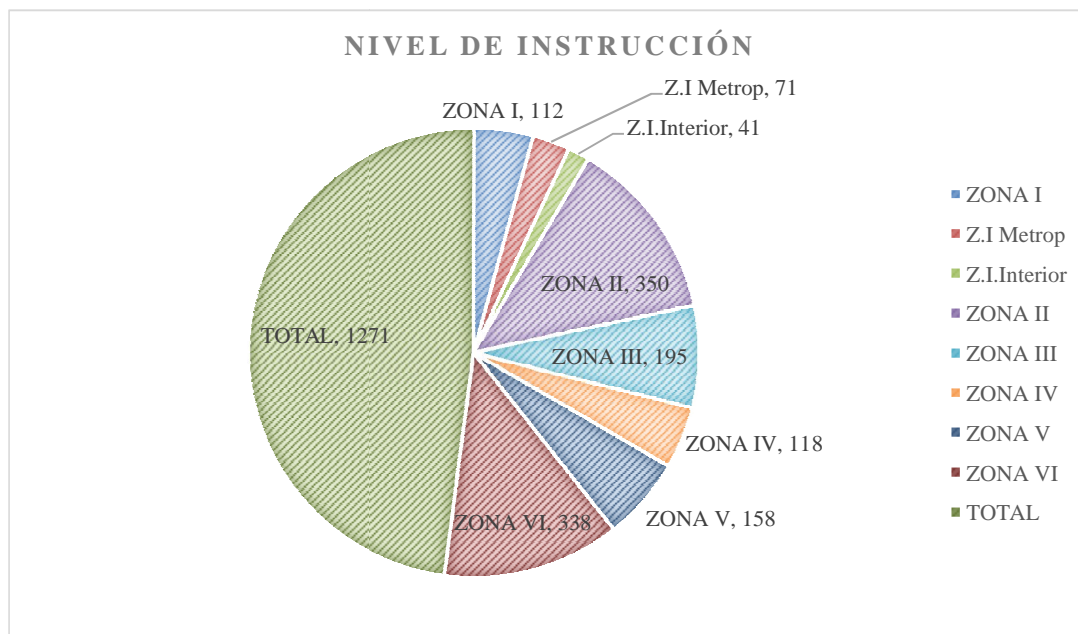
VALORES ESTIMADOS 1999	
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. ANALF.O PRIM.1999 X100 MADRES ADOLESCENTES 1999	59,78 %
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. SEC.1999 X100 MADRES ADOLESCENTES 1999	25%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. UNIV.1999 X100 MADRES ADOLESCENTES 1999	6,74%



PERIODO 2000									
REGIONES	TOTAL PRVCIA.		ADOLESCENCIA			ADULTA	REGIONES	tendencia por	
ZONAS		10 a14			15 A 19	RESTO	ZONAS	REGION	
ZONA I	8549	63		1758		6728	ZONAI	1821	
METROP. I	7031	44	0,01%	1358	5,6%	5629	METROP.	1402	19,94%
INTERIOR I	1518	19	1,20%	400	1,6%	1099	INTERIOR	419	27,60%
II	5930	64	1,00%	1389	5,7%	4477	II	1453	24,50%
III	2807	40	1,40%	720	2,9%	2047	III	760	27,07%
IV	1864	36	1,90%	494	2,0%	1334	IV	530	28,43%
V	2342	42	1,80%	576	2,4%	1724	V	618	26,39%
VI	2961	60	2,00%	738	3,02%	2163	VI	798	26,95%
TOTAL	24453	305	1,25%	5675	23,21%	18473	TOTAL	5980	24,45%

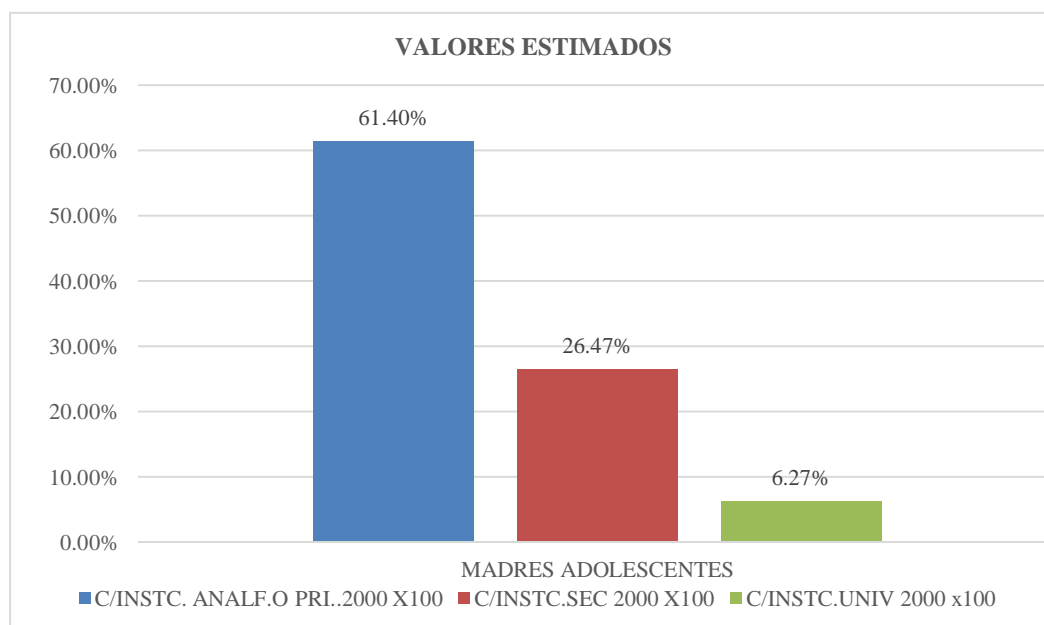


NIVEL DE INSTRUCCIÓN TOTAL DE VALORES ABSOLUTOS2000							
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.
ZONA I	112	2464	971	1756	1923	510	521
Z.I Metropol	71	1641	663	1546	1641	461	479
Z.I.Interior	41	534	308	210	282	49	42
ZONA II	350	1837	1817	487	787	149	131
ZONA III	195	905	964	212	298	84	47
ZONA IV	118	488	727	159	232	19	21
ZONA V	158	685	789	212	319	69	43
ZONA VI	338	706	1201	131	278	31	34
TOTAL	1271	6796	6469	2957	3837	862	797

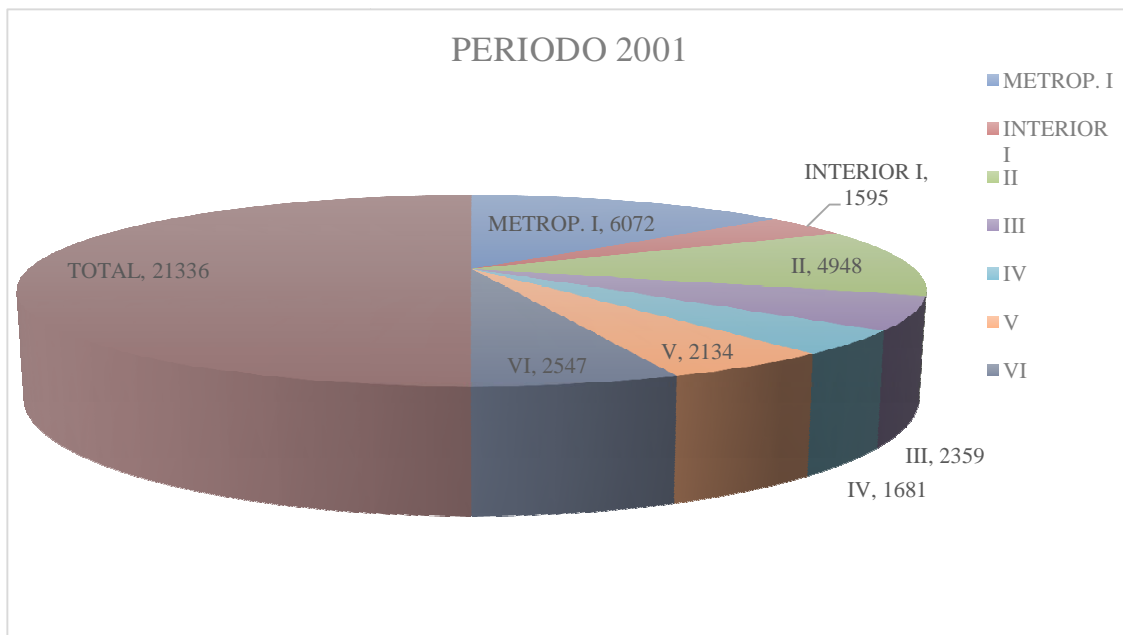


REGIONES	NIVEL DE INSTC M.ADOLES.EST.V.A.						
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	U.C.	U.I.
ZONA I	24	525	207	374	410	109	111
METROP. I	14	327	132	308	327	92	96
INTERIOR I	11	147	85	58	78	14	12
II	86	450	445	119	193	37	32
III	53	245	261	57	81	23	13
IV	34	139	207	45	66	5	6
V	42	181	208	56	84	18	11
VI	91	190	324	35	75	8	9
TOTAL	330	1680	1662	679	904	197	178

VALORES ESTIMADOS AÑO 2000 N nivel de Instc.madres adolesc.	
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. ANALF.O PRIM.2000 x 100 MADRES ADOLESCENTES 2000	61,4%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. SEC.2000 x100 MADRES ADOLESCENTES 2000	26,47%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. UNIV.2000 X100 MADRES ADOLESCENTES 2000	6,272%

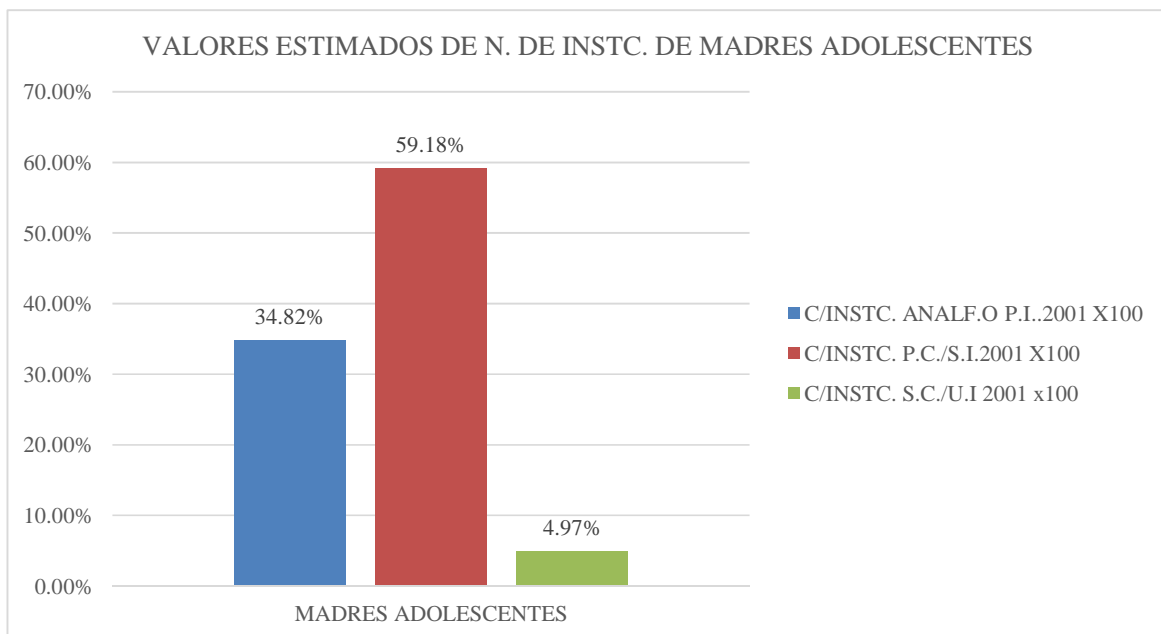


PERIODO 2001									
REGIONES	TOTAL PRVCIA		ADOLESCENCIA			ADULTA	REGIONES	INCIDENCIA POR	
ZONAS	21336	10 a14		15 A 19		RESTO	ZONAS	REGION TOTALES	
ZONA I	7667	N	%	N	%	6179	ZONA I	1488	%
METROP. I	6072	44	0,72%	1068	17,60%	4960	Metrop. I	1112	18,31%
INTERIOR I	1595	17	1,06%	359	22,50%	1219	Interior I	376	23,57%
II	4948	67	1,30%	1186	23,96%	3695	II	1253	25,32%
III	2359	26	1,10%	641	27,20%	1692	III	667	28,27%
IV	1681	38	2,20%	448	26,65%	1195	IV	486	28,91%
V	2134	38	1,78%	554	25,96%	1542	V	592	27,74%
VI	2547	55	2,16%	655	25,72%	1837	VI	710	27,87%
TOTAL	21336	285	1,33%	4911	23,02%	16140	TOTAL	5196	24,35%

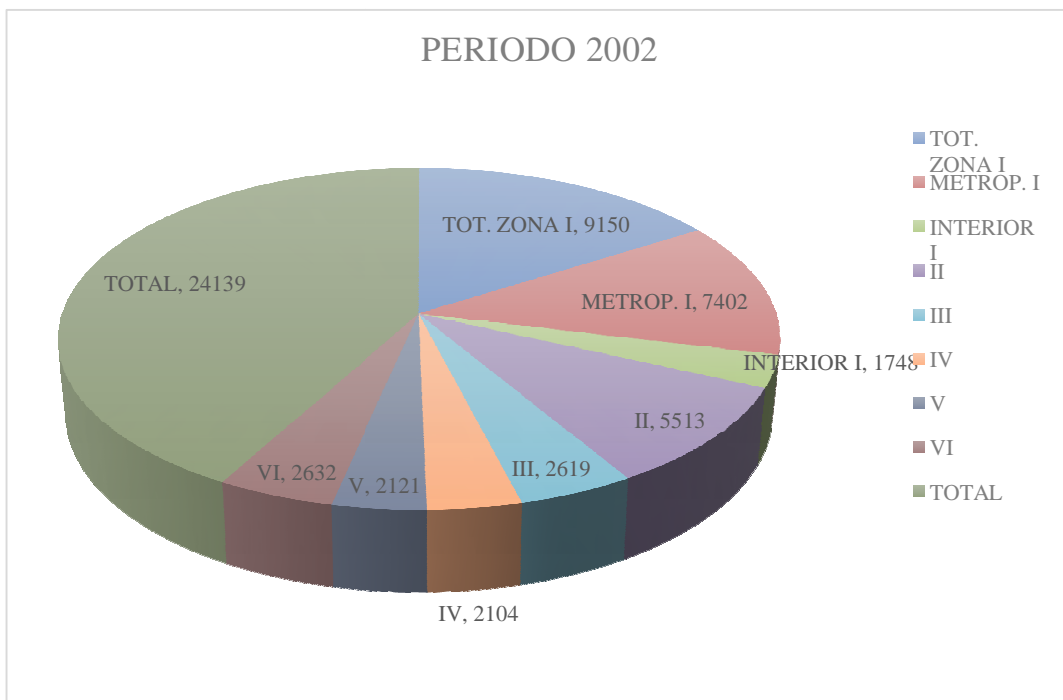




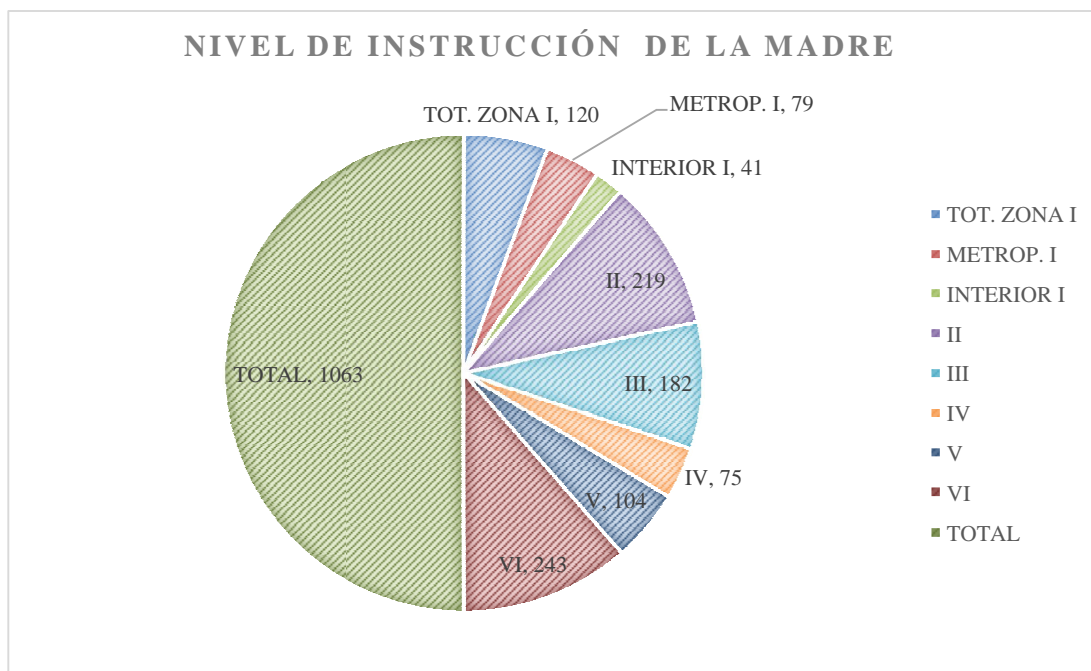
Valores estimados	
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. ANALF.O P.I..2001 X 100 MADRES ADOLESCENTES 2001	34,815%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. P.C./S.I.2001 X100 MADRES ADOLESCENTES 2001	59,18%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. S.C./U.I.2001 X 100 MADRES ADOLESCENTES 2001	4,96%



PERIODO 2002									
REGIONES	TOTAL PRVCIA.	ADOLESCENCIA				ADULTA	REGIONES	INCIDENCIA POR	
ZONAS	24139	MENOR DE 15	DE	15 A 19	RESTO	ZONAS	REGION TOTALES		
TOT. ZONA I	9150	84	%	1786	%		TOT.ZONA I	1870	20,47%
METROP. I	7402	62	0,83%	1390	18,87%	5950	METROP. I	1452	19,62%
INTERIOR I	1748	22	1,25%	396	23,00%	1330	INTERIOR I	418	23,91%
II	5513	72	1,30%	1294	23,50%	4147	II	1366	24,78%
III	2619	34	1,30%	691	26,40%	1894	III	725	27,68%
IV	2104	38	1,80%	496	23,60%	1570	IV	534	25,38%
V	2121	26	1,22%	540	25,40%	1555	V	566	26,69%
VI	2632	54	2,00%	711	27,00%	1867	VI	765	29,07%
TOTAL	24139	308	1,28%	5518	22,86%	18313	TOTAL	5826	24,14%

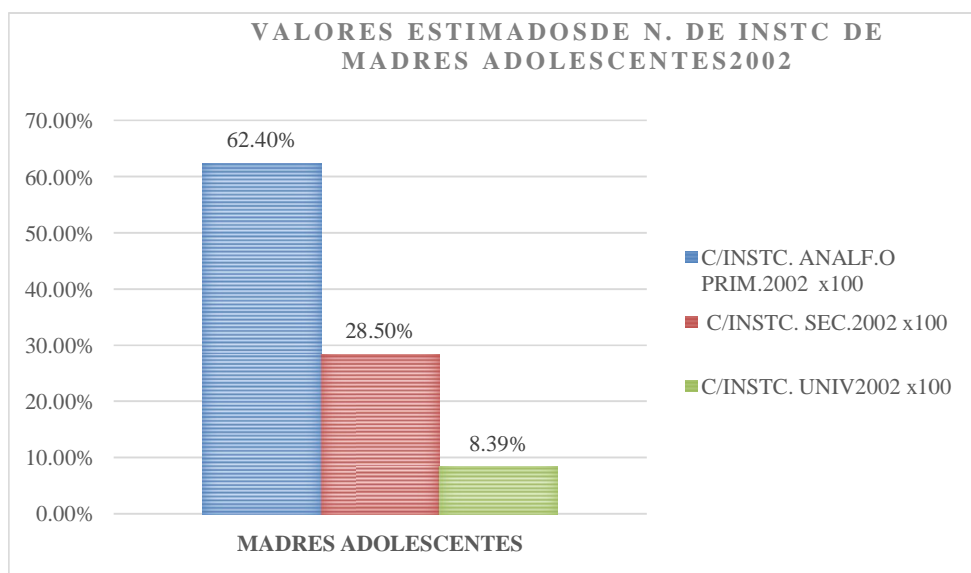


Nivel de Instrucción de la Totalidad de madres 2002									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
TOT. ZONA I	120	2404	1272	1642	2364	685	601	6	13
METROP. I	79	1849	879	1402	2002	604	546	4	10
INTERIOR I	41	555	393	240	362	81	55	2	3
II	219	1738	1760	459	809	246	148	16	85
III	182	790	895	194	397	93	56	3	7
IV	75	493	1073	148	210	59	29	0	0
V	104	598	758	159	302	110	59	1	3
VI	243	711	1131	147	261	42	41	4	11
TOTAL	1063	6734	6889	2749	4343	1235	934	30	119

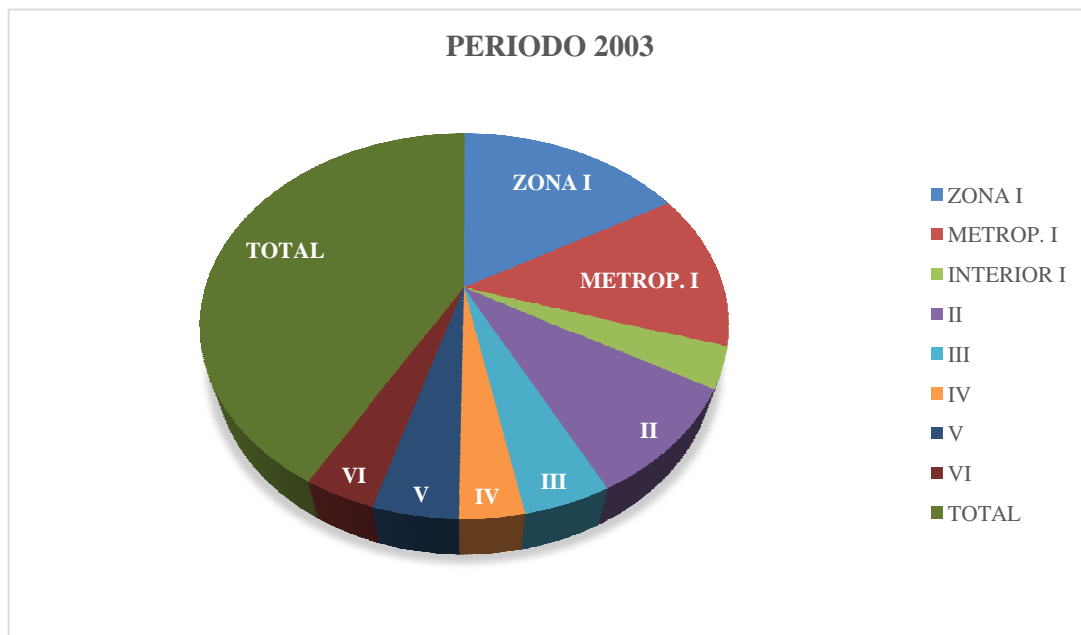


Total de Nivel de Instrucción del total de madres %.2002									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
TOT. ZONA I	1,31	26,27	13,9	17,95	25,8	7,49	6,57	0,07	0,14
METROP. I	1,07	24,98	11,9	18,94	27	8,16	7,38	0,05	0,14
INTERIOR I	2,35	31,75	22,5	13,73	20,7	4,63	3,15	0,11	0,17
II	3,97	31,53	31,9	8,33	14,7	4,46	2,68	0,29	1,54
III	6,95	30,16	34,2	7,41	15,2	3,55	2,14	0,11	0,27
IV	3,56	23,43	51	7,03	9,98	2,8	1,38	0	0
V	4,90	28,19	35,7	7,50	14,2	5,19	2,78	0,05	0,14
VI	9,23	27,01	43	5,59	9,92	1,6	1,56	0,15	0,42
TOTAL	4,40	27,9	28,5	11,39	18	5,12	3,87	0,12	0,49

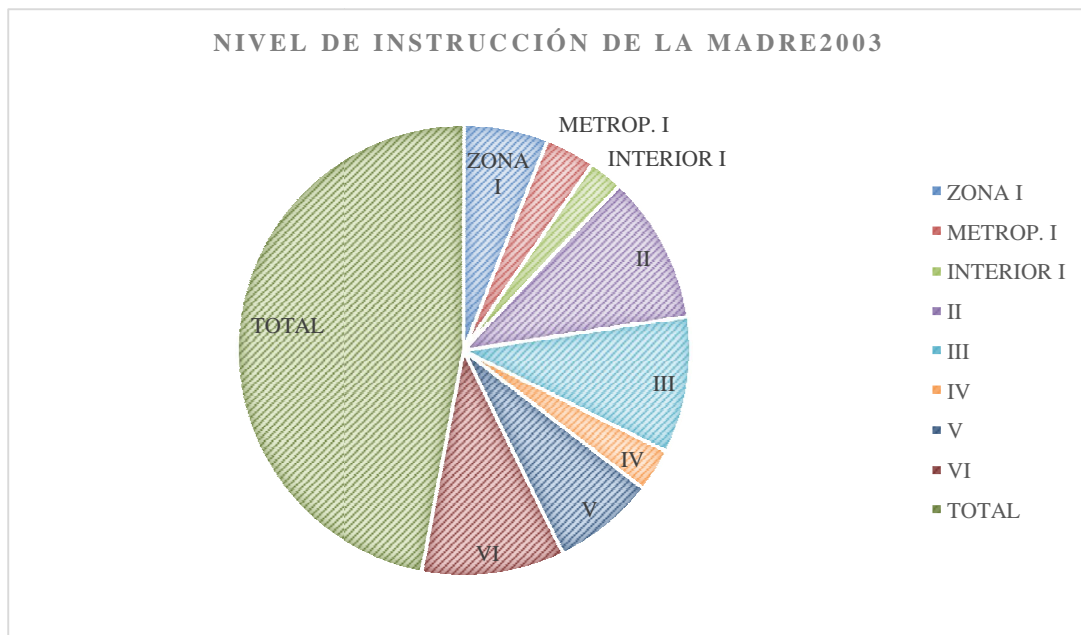
Valores estimados N.Instc. de madres adolesc.2002	
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. ANALF.O PRIM.2002 X 100 MADRES ADOLESCENTES 2002	62,4%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. SEC.2002 X 100 MADRES ADOLESCENTES 2002	28,5%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. UNIV2002 X100 MADRES ADOLESCENTES 2002	8,39%



PERIODO 2003									
REGIONE S	TOTAL PRVCIA.		ADOLESCENCIA			ADULT A	REGIONE S	Tendencia por	
ZONAS	20971	10 a 14		DE	15 A 19	RESTO	ZONAS	region	
ZONA I	8365	53	%	1497	%			1550	%
METROP. I	6633	36	0,54 %	1108	16,70%	5489	METROP. I	1144	17,25%
INTERIOR I	1732	17	0,98 %	389	22,00%	1326	INTERIOR I	406	23,44%
II	4655	54	1,10 %	1074	23,00%	3527	II	1128	24,23%
III	2246	30	1,33 %	518	23,00%	1698	III	548	24,40%
IV	1653	18	1,08 %	403	24,40%	1232	IV	421	25,47%
V	2184	27	1,24 %	55	2,50%	2102	V	82	3,75%
VI	1868	47	2,50 %	479	25,60%	1342	VI	526	28,19%
TOTAL	20971	229	1,09 %	4026	19,20%	16716	TOTAL	4255	20,29%



Nivel de Instrucción del total de madres 2003									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
ZONA I	86	2156	981	1684	2119	729	551	12	7
METROP. I	51	1613	646	1411	1739	634	494	11	5
INTERIOR I	35	543	335	273	380	95	57	1	2
II	152	1429	1449	418	636	244	115	41	123
III	140	668	791	164	302	92	40	12	12
IV	44	339	899	119	157	59	22	0	0
V	105	558	813	191	326	107	56	4	2
VI	146	475	797	124	232	26	23	5	8
TOTAL	673	5625	5730	2700	3772	1257	807	74	152

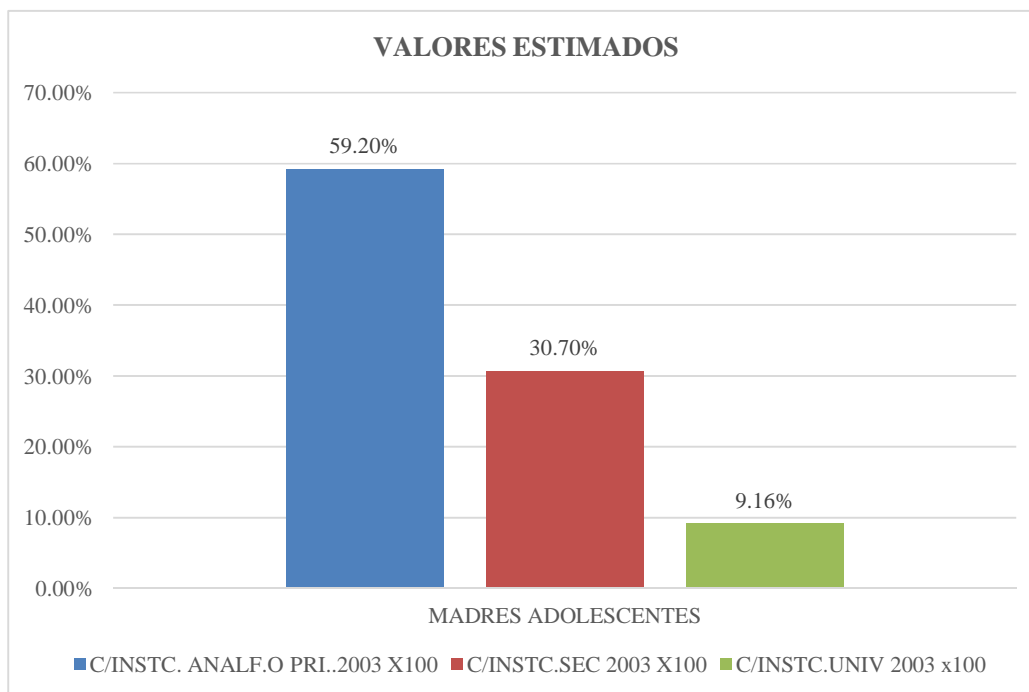


Nivel de Instrucción total de madres 2003 EN %							
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR	NGB

ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
ZONA I	1,03	25,8	11,7	20,13	25,33	8,71	6,59	0	0,1
METROP. I	0,77	24,3	9,74	21,27	26,22	9,56	7,45	0	0,1
INTERIOR I	2,02	31,4	19,3	15,76	21,94	5,48	3,29	0	0,1
II	3,27	30,7	31,1	8,98	13,66	5,24	2,47	1	2,6
III	6,23	29,7	35,2	7,302	13,45	4,1	1,78	1	0,5
IV	2,66	20,5	54,4	7,199	9,498	3,57	1,33	0	0
V	4,81	25,5	37,2	8,745	14,93	4,9	2,56	0	0,1
VI	7,82	25,4	42,7	6,638	12,42	1,39	1,23	0	0,4
TOTAL	3,21	26,8	27,3	12,87	17,99	5,99	3,85	0	0,7

REGIONES	NIVEL DE INSTC M.Adoloscetes.Estimados 2003						
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	U.C.	U.I.
ZONA I	16	399	182	314	394	135	102
METROP. I	9	278	111	245	301	109	85
INTERIOR I	8	127	79	64	90	22	13
II	37	346	351	111	184	59	28
III	34	163	193	43	77	22	10
IV	11	86	229	30	40	15	6
V	4	21	31	7	12	4	2
VI	41	134	224	36	68	7	6
TOTAL	144	1156	1218	538	771	240	150

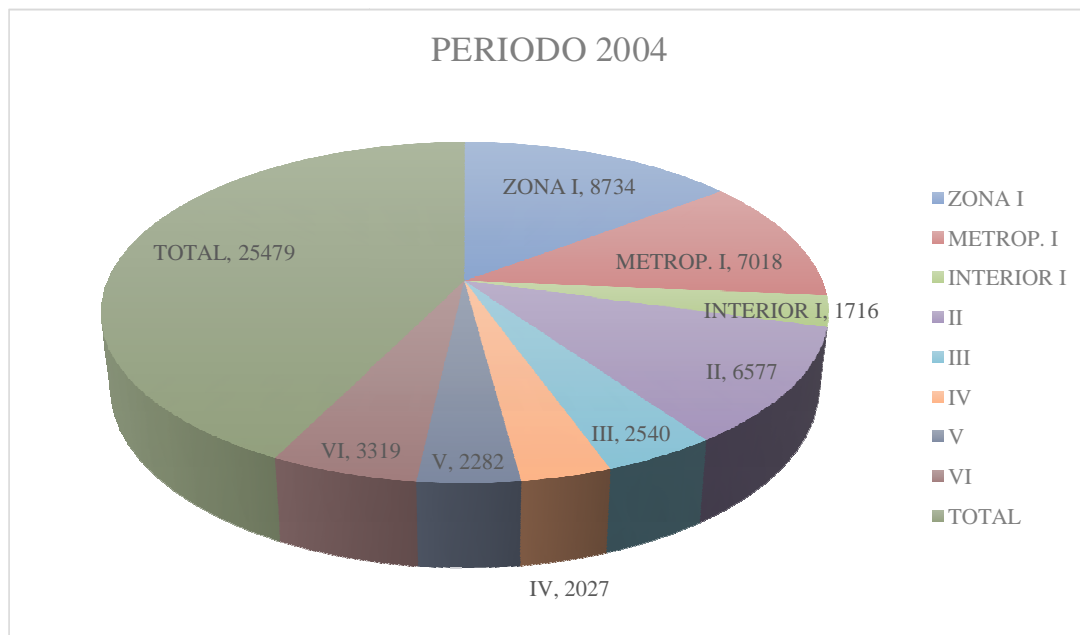
VALORES ESTIMADOS N. de Instc. 2003	
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. ANALF.O PRIM.2003 x 100 MADRES ADOLESCENTES 2003	59,2%
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. SEC.2003 x100 MADRES ADOLESCENTES 2003	30,7%
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. UNIV.2003 X100 MADRES ADOLESCENTES 2003	9,16%



PERIODO 2004							
REGIONES	TOTAL PRVCIA.	ADOLESCENCIA			ADULTA	REGIONES	INCIDENCIA POR
ZONAS	25479	10 a 14		15 a 19	RESTO	ZONAS	REGION



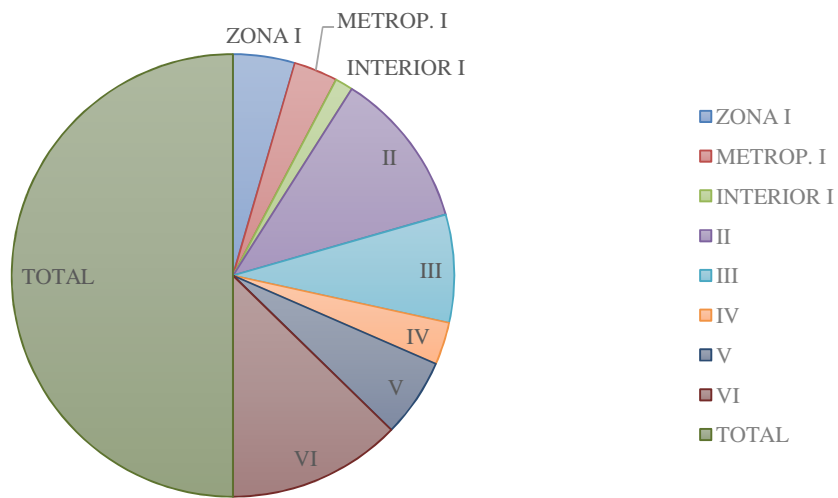
							TOTALES		
ZONA I	8734	63		1672			ZONA I	1735	%
METROP. I	7018	44	0,60%	1280	18,00%	5694	METROP. I	1324	18,86%
INTERIOR I	1716	19	1,00%	392	22,80%	1305	INTERIOR I	411	23,95%
II	6577	71	1,00%	1504	22,80%	5002	II	1575	23,95%
III	2540	20	0,01%	657	25,80%	1863	III	677	26,65%
IV	2027	32	0,02%	537	26,49%	1458	IV	569	28,07%
V	2282	31	0,01%	574	25,10%	1677	V	605	26,51%
VI	3319	60	0,02%	872	26,27%	2387	VI	932	28,08%
TOTAL	25479	277	1,09%	5816	22,83%	19386	TOTAL	6093	23,91%



Nivel de Instrucción del total de madres 2004									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR	NGB		
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
ZONA I	86	2382	925	1793	2131	779	548	25	2

METROP. I	61	1784	620	1535	1797	669	483	22	1
INTERIOR I	25	598	305	258	334	110	65	3	1
ZONA II	220	2132	2018	506	949	277	181	52	151
ZONA III	150	725	826	212	391	122	64	5	19
ZONA IV	59	490	982	138	218	66	31	2	6
ZONA V	110	587	773	221	335	120	57	9	8
ZONA VI	242	852	1405	176	380	57	45	4	15
TOTAL	953	9550	7854	4839	6535	2200	1474	122	203

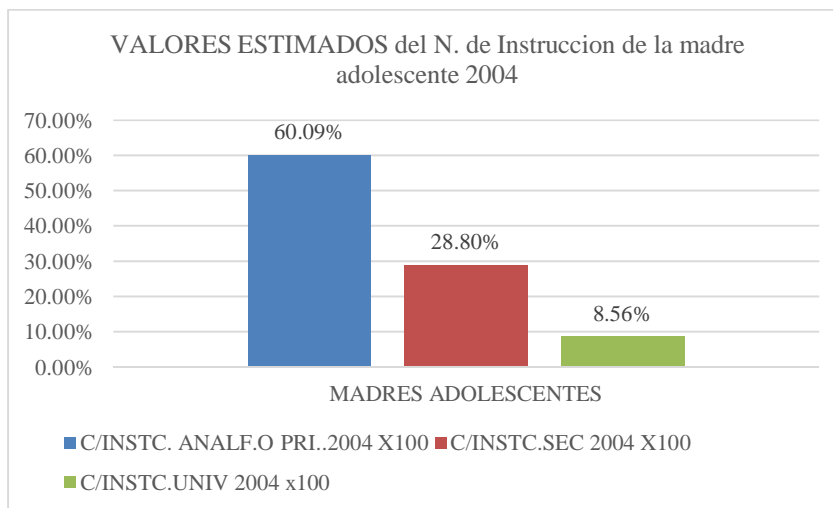
Nivel de Instrucción del total de madres 2004



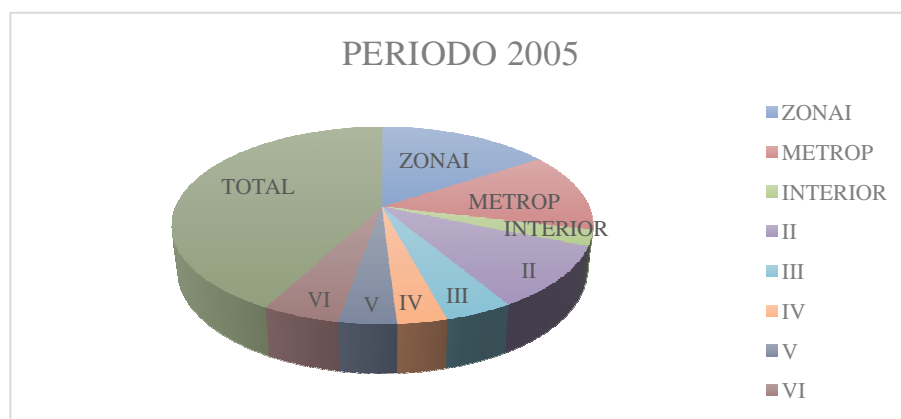
REGIONES	NIVEL DE INSTC M. Adolescentes Estimados 2004						U.I.
	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	U.C.	
ZONA I	17	473	184	361	424	155	109
METROP. I	12	337	117	294	339	126	91
INTERIOR I	6	143	73	63	80	26	16
II	53	511	483	134	263	66	43

III	40	193	220	58	109	33	17
IV	17	138	276	39	63	19	9
V	29	156	205	61	91	32	15
VI	68	239	395	51	111	16	13
TOTAL	224	1716	1769	699	1057	318	204

VALORES ESTIMADOS 2004	
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. ANALF.O PRIM.2004 x 100 MADRES ADOLESCENTES 2004	60,09%
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. SEC.2004 x100 MADRES ADOLESCENTES 2004	28,8%
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. UNIV.2004 X100 MADRES ADOLESCENTES 2004	8,56%

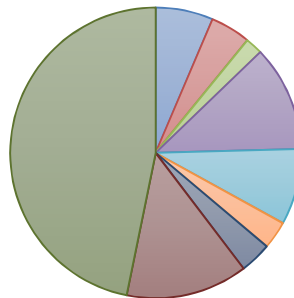


PERIODO 2005									
REGIONES	TOTAL PRVCIA.		ADOLESCENCIA			ADULTA	REGIONES	Tendencia	
ZONAS	21495	10a14		15 A 19		RESTO	ZONAS	p/region	
ZONAI	8544	62		1673		6809	ZONA I	1735	
METROP	7081	43	0,61%	1343	18,97%	5695	METROP.	1386	19,57%
INTERIOR	1463	19	1,30%	330	22,56%	1114	INTERIOR	349	29,12%
II	5579	57	1,02%	1364	24,45%	4158	II	1421	17,55%
III	2394	39	1,63%	602	25,15%	1753	III	641	26,32%
IV	1751	27	1,54%	429	24,50%	1295	IV	456	26,00%
V	2026	30	1,48%	509	25,12%	1487	V	539	26,66%
VI	2757	54	1,96%	792	28,73%	1911	VI	846	30,80%
TOTAL	23051	269	1,17%	5369	23,29%	17413	TOTAL	5638	24,46%



NIVEL DE INSTRUCCIÓN en Valores Absolutos									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S.C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
ZONA I	93	1975	925	1744	2279	816	627	8	5
Z.I Metrop	65	1545	671	1514	1935	721	567	4	5
Z.I.Interior	28	430	254	230	344	95	60	4	0
ZONA II	171	1852	1607	458	667	263	155	85	264
ZONA III	123	707	744	234	338	129	49	15	32
ZONA IV	45	430	795	169	215	51	23	0	5
ZONA V	51	594	598	185	330	127	78	6	17
ZONA VI	197	749	1154	160	294	71	39	8	32
TOTAL	680	6307	5823	2950	4123	1457	971	122	355

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN TOTAL MADRES 2005



■ ZONA I ■ Z.I Metrop ■ Z.I.Interior ■ ZONA II ■ ZONA III  
 ■ ZONA IV ■ ZONA V ■ ZONA VI ■ TOTAL

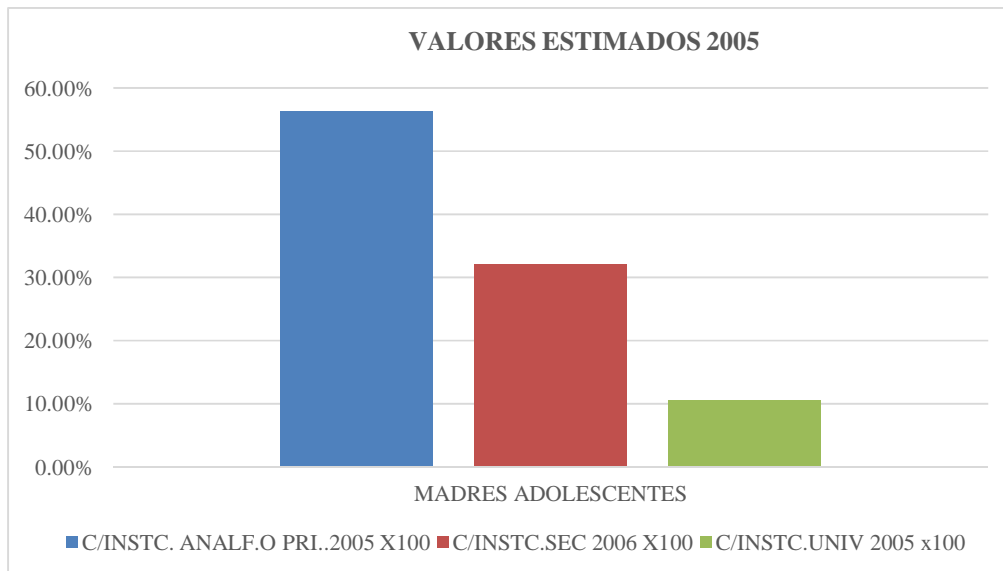
NIVEL DE INSTRUCCIÓN en %

REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
ZONA I	1,1	23,1	10,8	20,4	26,7	9,551	7,34	0,09	0,0585
Z.I Metrop	0,9	21,8	9,48	21,4	27,3	10,18	8,01	0,06	0,0706
Z.I.Interior	1,9	29,4	17,4	15,7	23,5	6,494	4,1	0,27	0
ZONA II	3,1	33,2	28,8	8,21	12	4,714	2,78	1,52	4,732
ZONA III	5,1	29,5	31,1	9,77	14,1	5,388	2,05	0,63	1,3367
ZONA IV	2,6	24,6	45,4	9,65	12,3	2,913	1,31	0	0,2856
ZONA V	2,5	29,3	29,5	9,13	16,3	6,269	3,85	0,3	0,8391
ZONA VI	7,1	27,2	41,9	5,8	10,7	2,575	1,41	0,29	1,1607
TOTAL	2,9	27,4	25,3	12,8	17,9	6,321	4,21	0,53	1,5401

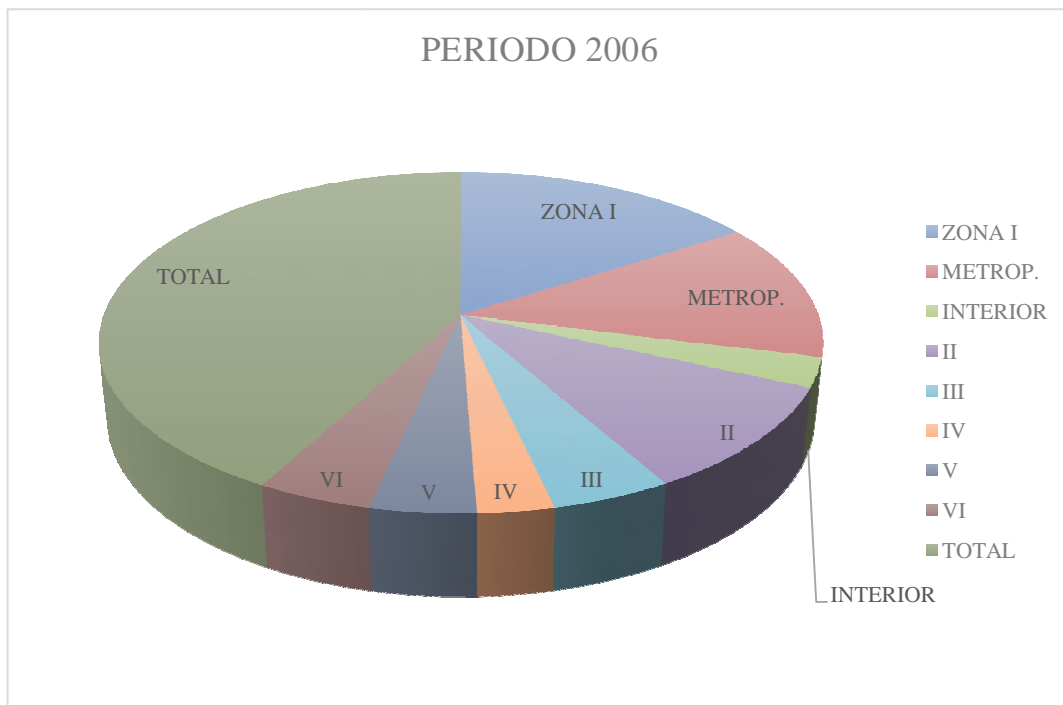
REGIONES	NIVEL DE INSTC M.ADOLES.EST.							
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	U.C.	U.I.	
ZONA I	19	401	188	356	464	166	127	
METROP. I	13	302	131	297	380	141	111	
INTERIOR I	7	103	61	56	82	23	14	
II	44	472	409	138	237	67	39	
III	33	189	199	67	99	35	13	
IV	12	112	207	44	57	13	6	
V	14	158	159	51	92	34	21	
VI	60	230	354	52	100	22	12	
TOTAL	182	1566	1521	704	1048	334	217	

Valores Estimados N. de Instc.2005

MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. ANALF.O PRIM.2005 x 100 MADRES ADOLESCENTES 2005	57,97%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. SEC.2005 x100 MADRES ADOLESCENTES 2005	31,07%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. UNIV.2005 X100 MADRES ADOLESCENTES 2005	9,769%

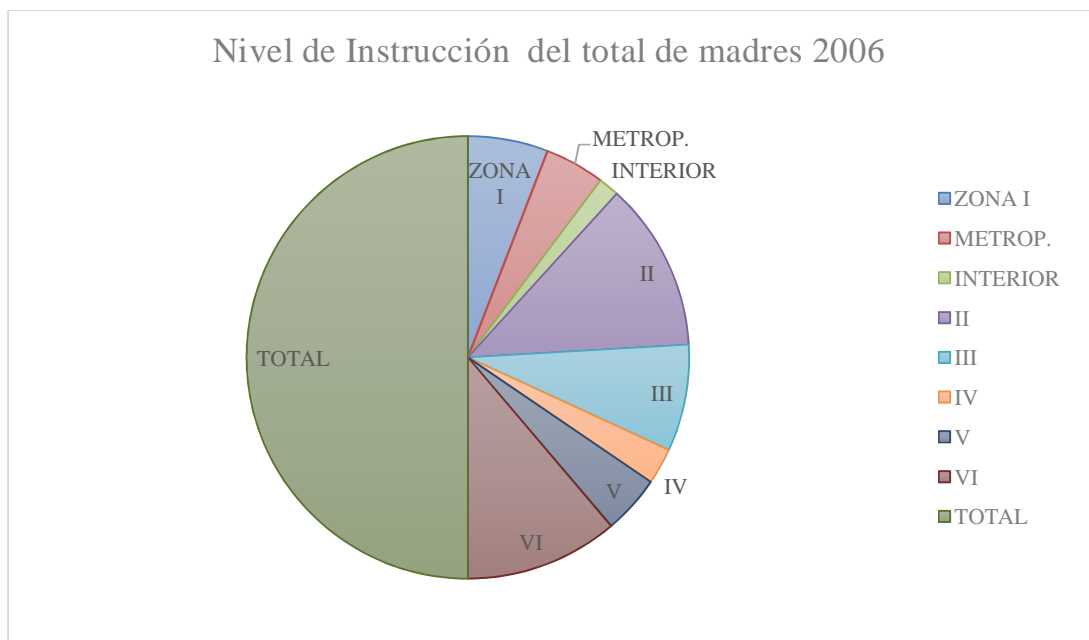


PERIODO 2006									
REGIONES	TOTAL PRVCA.		ADOLESCENCIA			ADULTA	REGIONES	INCIDENCIA POR	
ZONAS	20140	MENOR DE 15	DE	15 A 19	RESTO	ZONAS	REGION TOTALES		
ZONA I	7590	45	1479		6066	ZONA I	1524		
METROP.	6252	33	0,53%	1167	18,66%	5052	METROP.	1200	19,19%
INTERIOR	1338	12	0,90%	312	23,30%	1014	INTERIOR	324	24,21%
II	4835	55	1,10%	1099	23,00%	3681	II	1154	23,87%
III	2218	42	1,90%	553	25,00%	1623	III	595	26,83%
IV	1412	25	1,77%	390	27,60%	997	IV	415	29,39%
V	1952	44	2,20%	482	24,60%	1426	V	526	26,95%
VI	2133	55	2,60%	613	28,70%	1465	VI	668	31,32%
TOTAL	20140	266	1,32%	4616	22,92%	15258	TOTAL	4882	24,24%





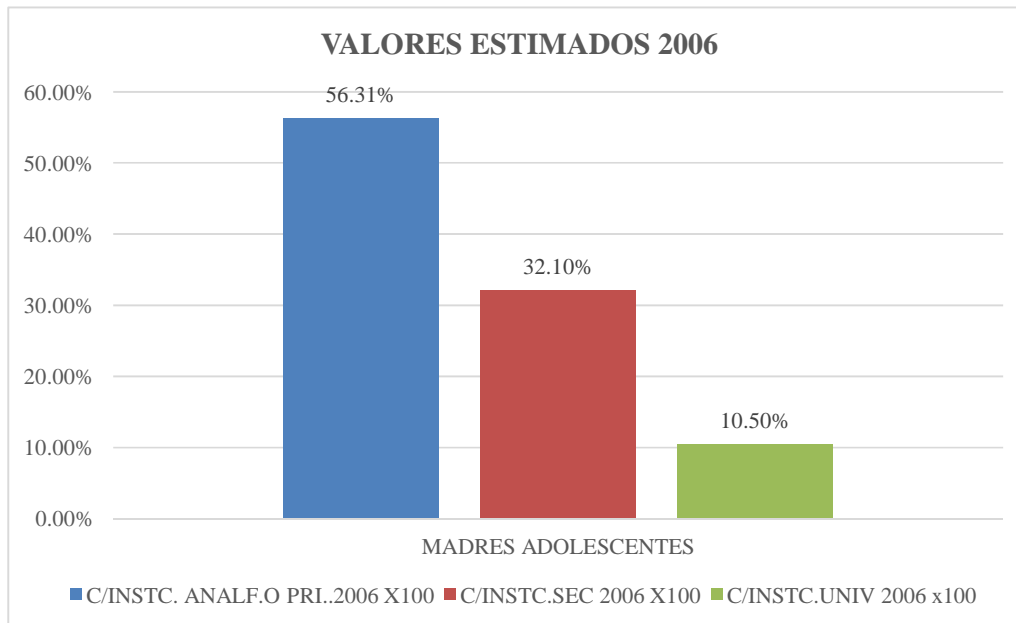
Nivel de Instrucción del total de madres 2006									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
ZONA I	67	1606	705	1781	2021	757	562	11	11
METROP.	50	1212	497	1514	1735	520	663	9	7
INTERIOR	17	394	208	267	286	94	42	2	4
II	141	1657	1366	372	551	277	135	79	231
III	89	696	646	203	313	135	55	17	45
IV	30	347	652	125	169	49	20	3	2
V	49	604	522	226	300	110	66	22	16
VI	128	547	932	120	221	76	37	5	24
TOTAL	571	7063	5528	4608	5596	2018	1580	148	340



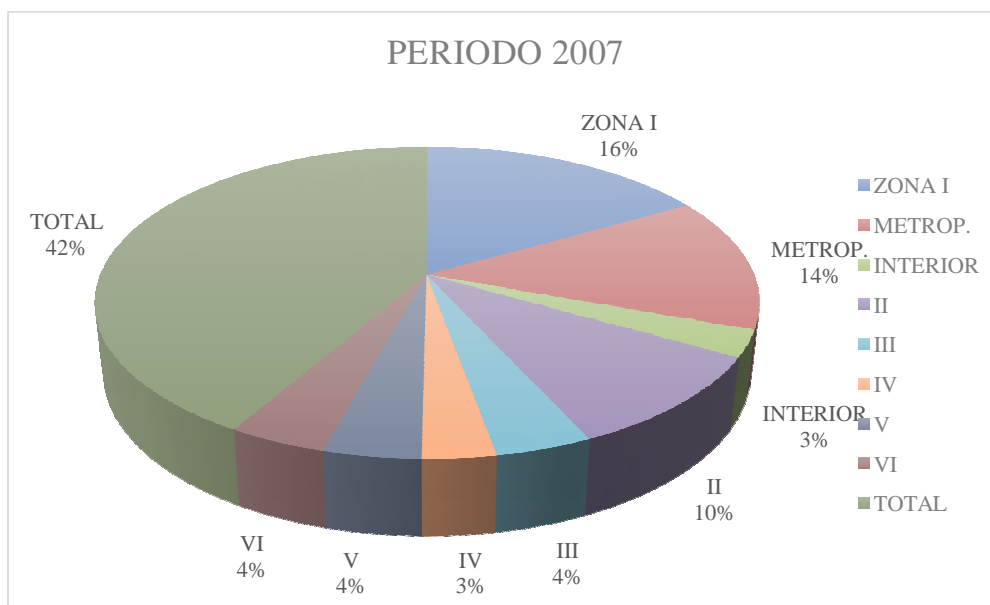
Nivel de Instrucción del total de madres en %									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	IN.
ZONA I	0,88	21,2	9,29	23,47	26,6	9,974	7,404	0,14	0,14
Z.I Metrop	0,8	19,4	7,95	24,22	27,8	8,317	10,6	0,14	0,11
Z.I.Interior	1,27	29,4	15,5	19,96	21,4	7,025	3,139	0,15	0,3
ZONA II	2,92	34,3	28,3	7,694	11,4	5,729	2,792	1,63	4,78
ZONA III	4,01	31,4	29,1	9,152	14,1	6,087	2,48	0,77	2,03
ZONA IV	2,12	24,6	46,2	8,853	12	3,47	1,416	0,21	0,14
ZONA V	2,51	30,9	26,7	11,58	15,4	5,635	3,381	1,13	0,82
ZONA VI	6	25,6	43,7	5,626	10,4	3,563	1,735	0,23	1,13
TOTAL	2,84	35,1	27,4	22,88	27,8	10,02	7,845	0,73	1,69

REGIONES	Nivel de Instrucción de Madres Adolesc.Estimados2006							
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	U.C.	U.I.	
ZONA I	13	322	142	360	408	152	113	
METROP. I	10	233	95	292	334	100	127	
INTERIOR I	4	95	50	65	70	23	10	
II	34	395	326	108	187	66	32	
III	24	187	173	59	96	36	15	
IV	9	102	192	38	50	14	6	
V	13	163	141	67	85	30	18	
VI	40	171	292	39	77	24	12	
TOTAL	133	1346	1269	668	899	293	220	

VALORES ESTIMADOS 2006 N.de Instc.2006	
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. ANALF.O PRIM.2006 x 100 MADRES ADOLESCENTES 2006	56,30%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. SEC.2006 x100 MADRES ADOLESCENTES 2006	32,1%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. UNIV.2006 X100 MADRES ADOLESCENTES 2006	10,5%

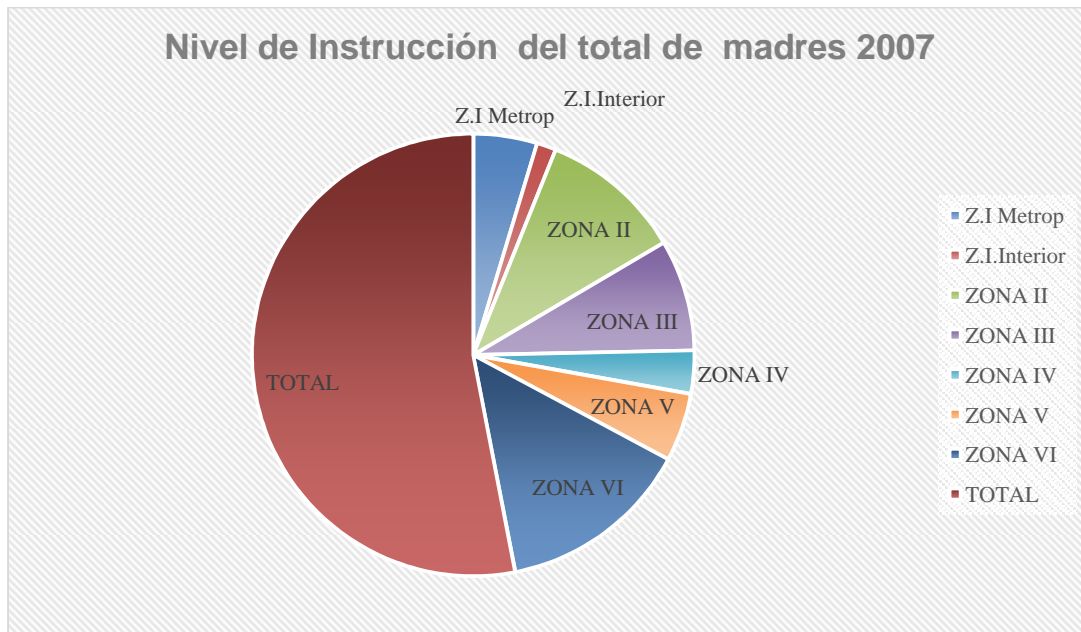


PERIODO 2007									
REGIONES	TOTAL PRVIA.	ADOLESCENCIA				ADULTA	REGIONES	INCIDENCIA POR	
ZONAS	19063	10 A 14		DE	15 A 19	RESTO	ZONAS	REGION TOTALES	
ZONA I	7613	63		1516		6034	ZONA I	1579	
METROP.	6355	38	0,60%	1224	19,30%	5093	METROP. I	1262	19,86%
INTERIOR	1258	25	2,00%	292	23,00%	941	INTERIOR I	317	25,20%
II	4525	60	1,30%	1088	24,00%	3377	II	1148	25,37%
III	1830	25	1,40%	468	25,60%	1337	III	493	26,94%
IV	1384	33	2,40%	337	24,30%	1014	IV	370	26,73%
V	1857	27	1,45%	496	26,70%	1334	V	523	28,16%
VI	1854	43	2,32%	504	27,20%	1307	VI	547	29,50%
TOTAL	19063	251	1,32%	4409	23,13%	14403	TOTAL	4660	24,44%



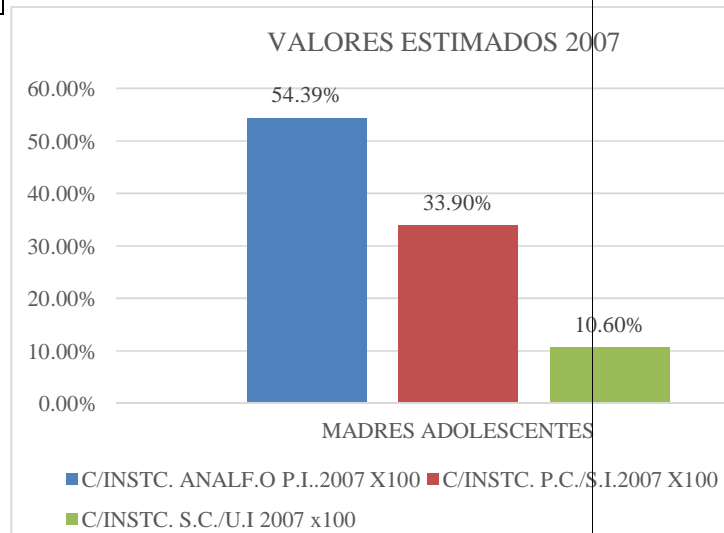
Nivel de Instrucción de total de madres 2007									
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR	NGB		
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	S.C.	S.I.	C.	I

ZONA I	56	1691	751	2029	1733	710	557	5	15
Z.I Metropol	43	1311	572	1721	1508	630	511	3	6
Z.I.Interior	13	380	179	308	225	80	46	2	9
ZONA II	96	1588	1160	479	388	253	124	112	299
ZONA III	75	507	535	332	194	103	50	7	15
ZONA IV	29	289	676	153	131	53	22	0	2
ZONA V	46	603	473	300	158	107	80	29	32
ZONA VI	130	424	815	211	119	75	15	3	17
TOTAL	488	6793	5161	5533	4456	2011	1405	161	395



REGIONES	NIVEL DE INSTC M. Adolescente. Estimado 2007						
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S.C.	S.I.	Terc.	U.I.
ZONA I	12	351	156	422	363	147	116
METROP. I	9	260	114	342	301	125	101
INTERIOR I	3	96	45	78	59	20	12
II	24	403	294	150	174	64	31
III	20	137	144	91	56	28	13
IV	8	77	181	41	36	14	6
V	13	170	133	93	54	30	23
VI	38	125	240	63	40	22	4
TOTAL	115	1268	1152	858	719	304	191

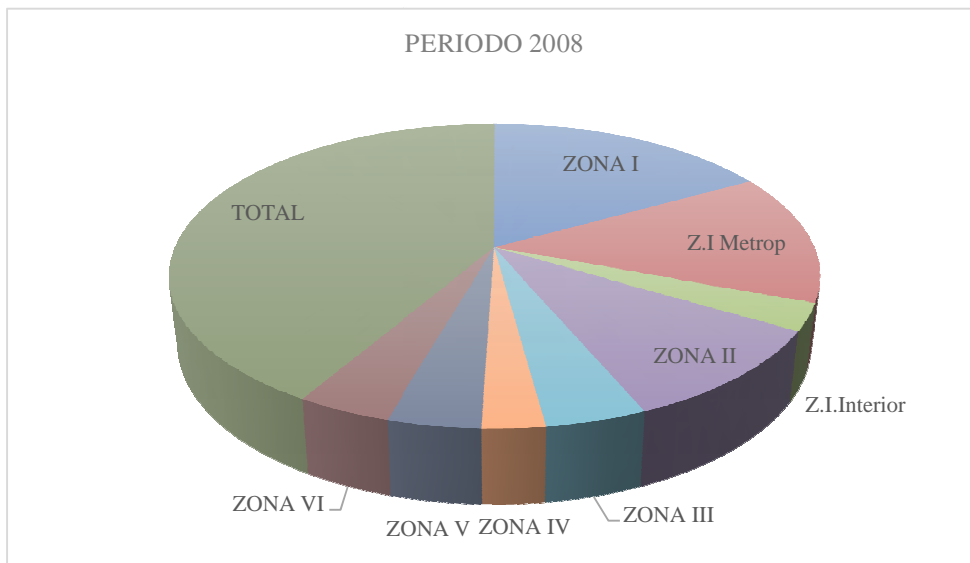
Valores Estimados N.de Instc. de M.A. 2007	
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. ANALF.O PRIM.2007 x 100 MADRES ADOLESCENTES 2007	54,39%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. SEC.2007 x100 MADRES ADOLESCENTES 2007	33,9%
MADRES ADOLESCENTES C/INSTC. UNIV.2007 X100 MADRES ADOLESCENTES 2007	10,6%



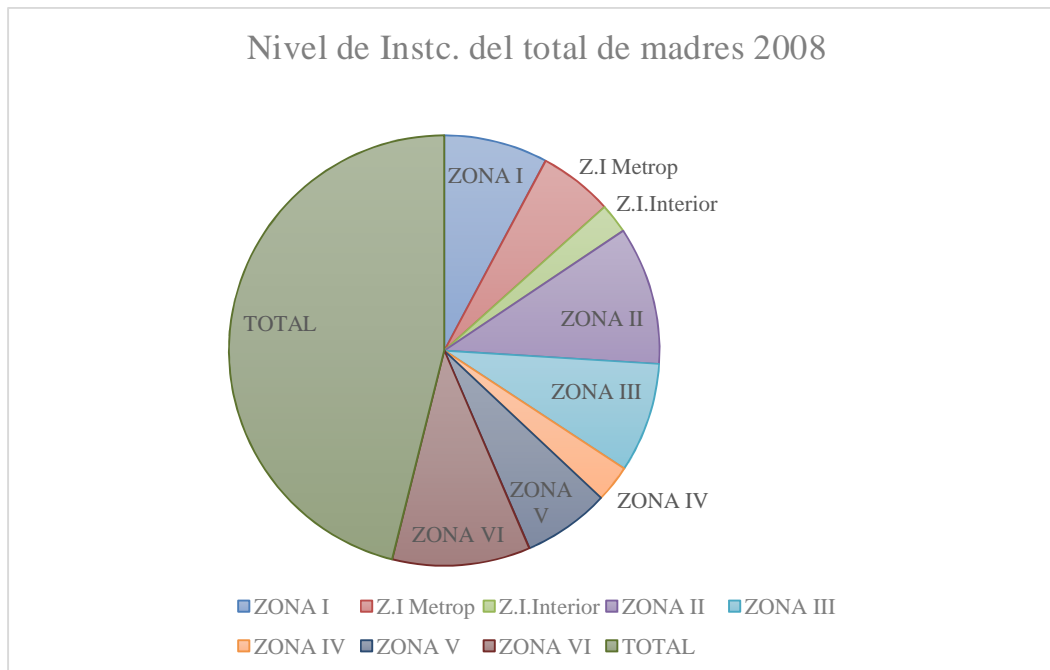
PERIODO 2008

REGIONES	TOTAL PVCA.		ADOLESCENCIA			ADULTA	REGIONES	POR	
ZONAS	21808	10 A 14		15 A 19		RESTO	ZONAS	RE. TOTAL	
ZONA I	8814	71		1754	%		ZONA I	1825	20,70%
Z.I Metropol	7293	50	0,68%	1381	19,00%	5862	Z.I Metropol	1431	19,62%
Z.I Interior	1521	21	1,38%	373	24,50%	1127	Z.I Interior	394	25,90%
ZONA II	5261	66	1,25%	1220	23,20%	3975	ZONA II	1286	24,44%
ZONA III	2224	35	1,57%	576	26,00%	1613	ZONA III	611	27,47%
ZONA IV	1377	26	1,90%	383	28,00%	968	ZONA IV	409	29,70%
ZONA V	2055	24	1,20%	521	25,00%	1510	ZONA V	545	26,52%
ZONA VI	2077	55	2,65%	529	25,50%	1493	ZONA VI	584	28,12%
TOTAL	21808	277	1,27%	4983	22,85%	16548	TOTAL	5260	24,12%

Grafico de hijos nacidos vivos por zonas sanitarias en el año 2008



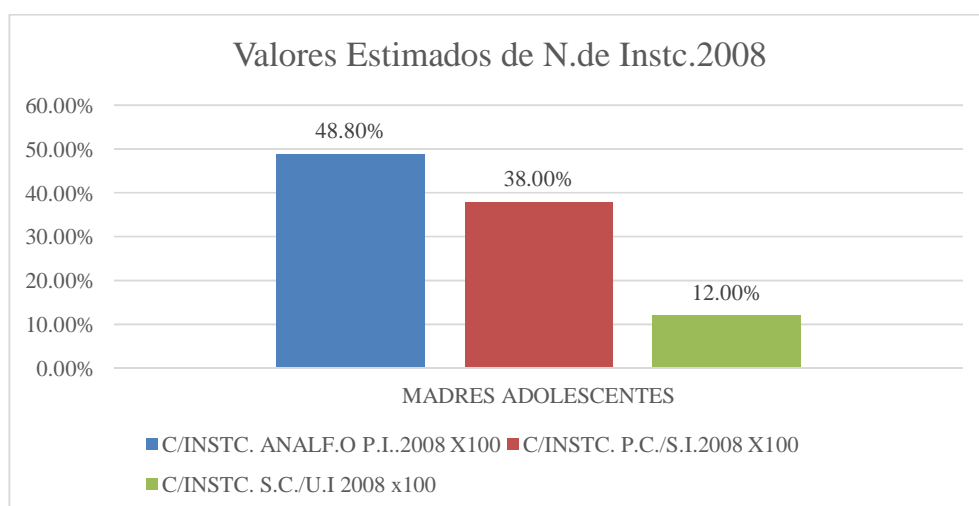
REGIONES	AN.	PRIMARIA		SECUN		SUPERIOR		NGB	
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S.C.	S.I.	U.C.	U.I.	C.	IN.
ZONA I	73	1882	742	1987	2586	864	586	9	11
ZONA II	97	1725	1288	521	614	313	180	150	231
ZONA III	77	614	638	240	405	121	60	18	37
ZONA IV	26	329	551	140	180	50	28	6	24
ZONA V	61	619	459	240	295	142	96	42	64
ZONA VI	97	515	855	161	244	82	34	13	27
<b>TOTAL</b>	<b>431</b>	<b>5684</b>	<b>4533</b>	<b>3289</b>	<b>4324</b>	<b>1572</b>	<b>984</b>	<b>238</b>	<b>394</b>





REGIONES	Nivel de Instrucción de M. Adolescentes Estimados. en valores absolutos 2008						
ZONAS	N/A	P.C.	P.I.	S,C,	S,I,	TERC.C.	U.I.
ZONA I	15	390	154	413	538	179	121
ZONAII	24	422	315	164	207	77	44
ZONA III	21	169	175	71	121	33	16
ZONA IV	8	98	164	43	61	15	8
ZONA V	16	164	122	75	95	38	25
ZONA VI	27	145	240	49	76	23	10
TOTAL	104	1371	1093	851	1138	379	237

VALORES ESTIMADOS N.de Inst. 2008	
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. ANALF.O PRIM.2008 X100 MADRES ADOLESCENTES 2008	48,8%
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. SEC.2008 x100 MADRES ADOLESCENTES 2008	38%
MADRES ADOLESCENTES C/INSC. UNIV.2008 X100 MADRES ADOLESCENTES 2008	12%

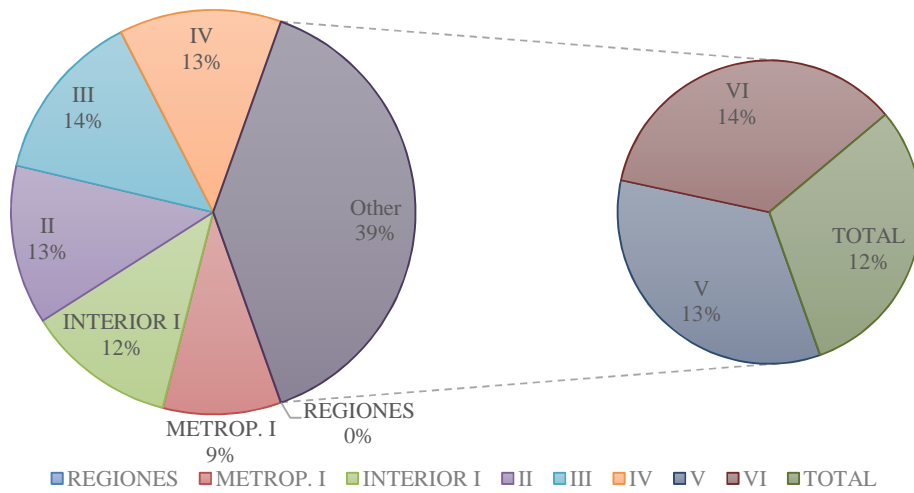


## Década

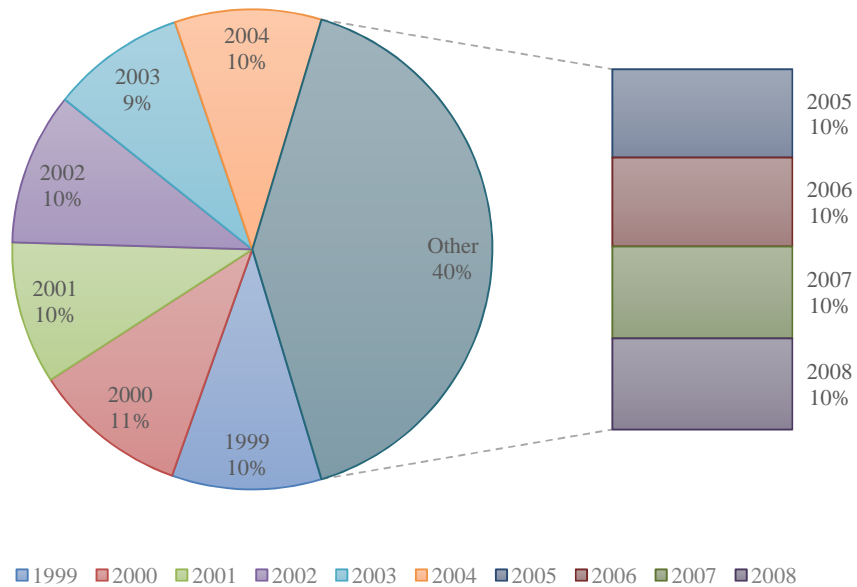
TOTAL PROVINCIAL		1999-2008					
PERIODO	ZONA I Metrop.	ZONA I Interior	ZONA II	ZONA III	ZONAIV	ZONAV.	ZONAVI
1999	19,24%	24,29%	25,88%	27,96%	26,38%	26,88%	28,23%
2000	19,94%	27,60%	24,50%	27,07%	28,43%	26,39%	26,95%
2001	18,31%	23,57%	25,32%	28,27%	28,91%	27,74%	27,87%
2002	19,62%	23,91%	24,78%	27,68%	25,38%	26,69%	29,07%
2003	17,25%	23,44%	24,23%	24,40%	25,47%	3,75%	28,19%
2004	18,86%	23,95%	23,95%	26,65%	28,07%	26,51%	28,08%
2005	19,00%	29,12%	17,55%	35,32%	26,00%	26,66%	30,80%
2006	19,19%	24,21%	23,87%	26,83%	29,39%	26,95%	31,32%
2007	19,86%	25,20%	25,37%	26,94%	26,73%	28,16%	29,50%
2008	19,62%	25,90%	24,44%	27,47%	29,70%	26,52%	28,12%

AÑOS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
REGIONES	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
METROP. I	19,24%	19,94%	18,31%	19,62%	17,25%	18,86%	22,39%	19,19%	19,86%	19,62%
INTERIOR I	24,29%	27,60%	23,57%	23,91%	23,44%	23,95%	29,12%	24,21%	25,20%	25,90%
II	25,88%	24,50%	25,32%	24,78%	24,23%	23,95%	17,55%	23,87%	25,37%	24,44%
III	27,96%	27,07%	28,27%	27,68%	24,40%	26,65%	35,32%	26,83%	26,94%	27,47%
IV	26,38%	28,43%	28,91%	25,38%	25,47%	28,07%	26,00%	29,39%	26,73%	29,70%
V	26,88%	26,39%	27,74%	26,69%	3,75%	26,51%	26,66%	26,95%	28,16%	26,52%
VI	28,23%	26,95%	27,87%	29,07%	28,19%	28,08%	30,80%	31,32%	29,50%	28,12%
TOTAL	24,36%	24,45%	24,35%	24,14%	20,29%	23,91%	21,40%	24,24%	24,44%	24,12%

### TOTAL DE AÑOS -REGIONES.



### TOT. PRVCIA.



**Encuestas al usuario de los programas de SUMAR (EX Plan Nacer) y Salud Sexual Reproductiva y Procreación Responsable**

**Objetivo:**

**Conocimiento de usuarios adolescentes embarazadas sobre 2 programas al año 2013 que funcionan desde el periodo de estudio antes de 2008: a) Nacer; b) SS y PR**

*Como son programas de contexto social inclusivos solo se incluyen a las madres que no tiene cobertura médica.*

N. y A.

Domicilio:

DNI

EDAD

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Sigue estudiando si ( ) no ( )

Trabaja si no

Busca trabajo si ( ) no ( )

Obra Social: SI NO

Para los que NO:

1. Los conoce. Plan Nacer (A) si no P.S.S.R. Y P.R. (B) si no
2. Para los que dicen si (como verificar) Prog (A) Prog (B)
3. Cuanto tiempo hace que la incluyeron...
4. Es su primer embarazo si no
5. A qué edad tuvo su primer embarazo .....
6. Diferencia de tiempo entre un embarazo y otro
7. Cuantos hijos nacidos vivos tiene
8. Tenía conocimiento de métodos anticonceptivos si no
9. Utiliza métodos anticonceptivos si no
10. Cual
11. Donde los retira
12. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron el embarazo?:\_\_\_\_
13. - Frecuencia con el que asiste a los controles ginecológicos:
14. Mensualmente ( ) Cada 6 meses ( ) Anualmente ( ) Otros ( )
15. -Posee información sobre el Programa de Salud Sexual Reproductiva y Procreación Responsable: Si ( ) No ( )
16. -Grado de conocimiento del programa. Mucho ( ) Poco ( ) Nada ( )
17. Está incluida en la cobertura del Plan Nacer: SI ( ) NO ( )
18. Conoce cuales son los servicios que le presta Si ( ) No ( )
19. Está conforme con la cobertura que le provee. Si ( ) No ( )
20. Está incluida en algún subsidio del Estado si ( ) no ( )
21. Cual.....

**Encuestas para funcionarios**

- 1) **QUE NOS PUEDE DECIR DE LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA PROVINCIA**
- 2) **CON QUE PRESUPUESTO CUENTA**
- 3) **TRABAJA CON OTROS MINISTERIOS PREOCUPADOS POR ESTE TEMA**
- 4) **CUALES SON LOS INDICES QUE MANEJA LA PROVINCIA EN LA ACTUALIDAD.**
- 5) **QUE PORCENTAJE DE PARTURIENTAS DE ESTE GRUPO HAY EN LA PROVINCIA**
- 6) **PORQUE CREE QUE SE EMBARAZAN LAS ADOLESCENTES**
- 7) **QUE ES LO QUE MAS PREOCUPA EN ESTA PROBLEMÁTICA**
- 8) **QUE POLITICAS APLICA LA PROVINCIA PARA PREVENIR O DISMINUIR ESTA PROBLEMATICA DESDE SU AREA.**

## **UNIDAD PROVINCIAL DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL**

**Coordinador:** Dr. Juan Ignacio Arano

**Representante por el Ministerio de Salud:** Dra. Alicia Michelini,  
Dr. Gabriel Lezcano

**Representante por el Ministerio de Educación:** Teresita Zandoval

**Representante por el Ministerio de Desarrollo Social:** Dr. Juan Ignacio Arano,  
Lic. Paola Pellegrini

### **Introducción**

En el mes Julio del 2009 a partir de un expreso pedido del gobernador Jorge Milton Capitanich de encontrar una solución a la desnutrición infantil existente en toda la Provincia del Chaco, con cifras alarmantes que superaban ampliamente la media nacional, sobre todo en la periferia del AMGR (Gran Resistencia).

Por tal motivo solicita a sus ministros que trabajen en forma conjunta para abordar la problemática con un plan articulado interministerial con alcance a nivel provincial.

En septiembre del 2009 se crea el DECRETO 1878/09, que da origen a la *Unidad Provincial de Seguimiento Nutricional (UPS)*, oportunamente suscripto entre los tres ministerios: el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y por último Ministerio de Desarrollo Social, quien coordina.

### **Objetivo general**

Promover desde el trabajo interinstitucional la implementación y el acceso a políticas públicas a través de los diversos programas que apuntan al fortalecimiento de las redes, mejorar la calidad de vida del niño/a , embarazada y su familia en riesgo nutricional.

### **Breve reseña histórica**

En Octubre de 2009 se decide comenzar con una prueba piloto en 9 centros de Salud de la zona Oeste de la ciudad de Resistencia. Para dicho fin se capacito personal que cumplirían las funciones de promotores nutricionales. Además se realizó un exhaustivo trabajo desde la Dirección Materno Infantil de revisión de historias clínicas y de aplicación de las nuevas curvas de crecimiento diseñadas por OMS y avaladas por Sociedad Argentina de Pediatría.

Desde UPSN se trabajó en fortalecer el área y dar a conocer el alcance que la misma tiene, como una herramienta fundamental para optimizar recursos que ayuden a mejorar el estado nutricional de la población.

En el 2010 se desarrolló un proyecto propio llamado "*Intervención Nutricional para la Población Menor de 6 años con Riesgo Nutricional*". Se logró ponerlo en funcionamiento en 16 centros teniendo en cobertura 670 casos

En 2011 se logró cubrir la totalidad de los centros de salud del Gran Resistencia y se pudo ampliar a Sáenz Peña y Charata teniendo en cobertura 1343 casos.

En el comienzo del 2012 evaluando los resultados obtenidos se considera oportuno comenzar a trabajar desde el embarazo por lo que se desarrolla el proyecto llamado de "*Intervención Nutricional para embarazadas y puérperas con Bajo Peso*".

Además se amplió en otras localidades del interior y fortaleciendo el trabajo en las ya existentes. Teniendo en cobertura un total 2872 casos

