



Fondo de Población de las Naciones Unidas

165 millones de razones

Un llamado a la acción para la inversión en adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe



Consecuencias Socioeconómicas del **embarazo en la adolescencia** *en Argentina*





Fondo de Población de
las Naciones Unidas

*Implementación de la metodología para estimar el
impacto socioeconómico del embarazo y la mater-
nidad adolescente en países de América Latina y el
Caribe – MILENA UNFPA*

INFORME FINAL

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Enero de 2020

ÍNDICE

Siglas y abreviaciones	6
Introducción	7
SECCIÓN 1 Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en la Argentina	10
1. La situación del embarazo en la adolescencia en la Argentina	11
2. Impactos socioeconómicos del embarazo en la adolescencia en la Argentina	19
2.1. <i>Costo de oportunidad educativo vinculado al embarazo en la adolescencia</i>	21
2.2. <i>Costo de oportunidad de la participación laboral y el empleo vinculado al embarazo en la adolescencia</i>	24
2.3. <i>Costo de oportunidad del ingreso laboral vinculado al embarazo en la adolescencia</i>	26
2.4. <i>Costos del embarazo en la adolescencia sobre la salud pública (costos sociales por desenlaces de salud y costos de atención sanitaria)</i>	28
2.5. <i>Impacto fiscal del embarazo en la adolescencia en términos de renuncia sobre ingresos fiscales nacionales</i>	30
2.6. Conclusiones	32

SECCIÓN 2 Memoria de cálculo de la aplicación de la metodología MILENA en la Argentina	35
1. Definición de la población de estudio	36
2. Estimación de la dimensión de educación	38
3. Estimación de la dimensión de participación laboral y empleo	41
4. Estimación de la dimensión de ingreso laboral	45
5. Estimación de la dimensión salud pública	46
6. Dimensión del impacto fiscal y el costo de oportunidad total	56
Referencias bibliográficas	62
Anexos metodológicos	68

Créditos

Este estudio se realizó en el marco de la iniciativa regional de UNFPA “165 millones de razones para invertir en adolescencia y juventud” y un proyecto de cooperación con el Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA) de la República Argentina.

El diseño de esta metodología fue realizado por Iván Rodríguez Bernate y Federico Tobar. Los consultores a cargo de aplicar la Metodología Milena en la Argentina fueron: Javier Curcio y Julia Frenkel. La estimación de los costos de atención sanitaria del EA en Argentina se realizó en colaboración con Alejandra Sánchez Cabezas.

La coordinación y revisión de la aplicación de la metodología MILENA en la Argentina se realizó bajo la coordinación de Federico Tobar e Iván Rodríguez Bernate.

La edición del documento fue supervisada por Mariana Papadópulos.

Agradecimientos

Los autores agradecen especialmente la colaboración de Alejandra Beccaria en el procesamiento de la EPH para la estimación de las dimensiones 1 a 3 y de Leticia Williams para la elaboración del modelo de atención sanitaria del EA que sirve de base para el microcosteo realizado en el estudio. Asimismo, se agradece a Diana Fariña (DINAMIA), Luis Prudente (Fundasamin y Vermont Oxford Network) y Osvaldo Santiago (Maternidad Evita de Lanús) por contribuir también a la elaboración del modelo de atención a partir de sus opiniones como expertos en la temática y su colaboración para la aclaración de dudas de los autores; y a Carlos Guevel (DEIS), Andrés Bolzán (DINAMIA) y Élide Marconi por su tiempo y aportes desinteresados en el estudio. También se agradece a Alberto Curcio por su contribución relacionada con la determinación del Impuesto a las ganancias en la Argentina. Por último se agradece al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria por la información de costos unitarios aportada para la estimación de los gastos en atención de los partos, en especial a Alfredo Palacios y a Darío Balán.

SIGLAS Y ABREVIACIONES

AL&C: América Latina y el Caribe

AVP: Años de vida potencial perdidos

AVPP: Años de vida productiva potencial perdidos

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CINE Clasificación Internacional Normalizada de la Educación

CO: Costo de oportunidad

EA: Embarazo adolescente

ENIA: Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia

IDG: Índice de Desigualdad de Género

IDH: Índice de Desarrollo Humano

IFNPI: Ingresos fiscales no percibidos por impuestos

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

NV: Nacidos vivos

MILENA: Metodología para Estimar el Impacto Económico del Embarazo y la Maternidad

Adolescentes en Países de América Latina y el Caribe

MMA: Mujeres que son madres desde la adolescencia

MM: Muerte materna

MT: Maternidad temprana

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

PSMMA: Pérdida Social por la Mortalidad Materna en Adolescentes

RMM: Razón de Mortalidad Materna

RN: Recién Nacidos

SDSR: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva

TEFA: Tasa específica de fecundidad adolescente

TMMA: Tasa de mortalidad materna en adolescentes

UNFPA: Fondo de Población de Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN



Al igual que varios países de América Latina y el Caribe, Argentina se encuentra atravesando el bono demográfico, período en que la población en edad productiva supera a la población económicamente dependiente (UNFPA, 2018). Este fenómeno implica una oportunidad única para el desarrollo y el crecimiento de la región. Sin embargo, diferentes estudios demuestran que frente a Tasas Específicas de Fecundidad Adolescente (TEFA) altas, este potencial se ve debilitado, comprometiendo el crecimiento económico y social de los países. Este es el caso de América Latina y el Caribe, donde la Tasa Global de Fecundidad se está reduciendo en forma más acelerada que la TEFA. La cantidad de embarazos de mujeres adolescentes disminuye, pero la cantidad de embarazos de mujeres adultas disminuye aún más. Entonces, el resultado es que una proporción cada vez mayor de nacimientos corresponden a madres adolescentes (Tobar, 2015). Frente a esto, los países deben generar políticas públicas que se comprometan con el desarrollo tanto social como económico de los diferentes países.

El embarazo en la adolescencia (EA) y la maternidad temprana (MT) no solo resultan perjudiciales para el desarrollo económico, sino que se traducen en inequidad social y de género que compromete el cumplimiento de los Derechos Humanos. Desde esta perspectiva, el EA y la MT se entienden como causa y consecuencia de la vulneración de derechos que limitan la libertad de decisión de niñas y adolescentes en torno a su trayectoria vital. Entre ellos se reconoce principalmente el derecho a educación de calidad, trabajo e ingresos dignos y servicios de salud, incluyendo en esta última la salud sexual y reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a una vida libre de violencia de todo tipo, entre otros (UNFPA, 2013). El EA y la MT se encuentran fuertemente condicionados por factores

tales como el nivel y la distribución del ingreso (mayor pobreza y la desigualdad están asociadas con una mayor incidencia del embarazo en la adolescencia) (Gold, Kawachi, Kennedy, Lynch & Connell, 2001).

Para las niñas y adolescentes, el EA y la MT tienen un impacto negativo en una multiplicidad de dimensiones que afectan su calidad de vida. En primer lugar, impactan negativamente en la trayectoria educativa de las madres niñas y adolescentes al estar fuertemente asociadas a la deserción escolar y consecuentemente al limitar las posibilidades de acumulación de capital humano. Por el contrario, la permanencia en el sistema educativo de los y las adolescentes actúa como factor protector del embarazo no intencional en la adolescencia: los y las adolescentes estudiantes sexualmente activos reportan utilizar métodos anticonceptivos en porcentajes mayores a sus contrapartes fuera de la escuela en países en desarrollo de Latinoamérica, el Caribe y África (Lloyd, 2006).

A su vez, el EA y la MT afecta negativamente las trayectorias laborales de las mujeres que fueron madres en la adolescencia (MMA), afectando la posibilidad de insertarse en el mercado laboral y de acceder a puestos de trabajo de calidad. También la continuidad en el empleo y la concreción de una carrera laboral ascendente. Esto implica riesgos para su seguridad económica y la de sus familias.

El EA y la MT también se asocian con resultados deficientes en materia de salud para las adolescentes y sus hijos/as. Quienes fueron madres niñas o adolescentes tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, sus embarazos conllevan un mayor riesgo de complicaciones y de mortalidad perinatal, y sus hijos/as enfrentan una menor edad gestacional, menor peso al nacer, peor estado de nutrición infantil y menor nivel de escolarización alcanzado. De esta forma, el EA y la MT afectan no solo a las niñas y adolescentes madres, sino a sus hijos/as, contribuyendo a la reproducción de los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud (UNFPA, 2018; OPS-UNFPA-UNICEF, 2018). A su



Los adolescentes estudiantes sexualmente activos reportan utilizar métodos anticonceptivos en porcentajes mayores a sus contrapartes fuera de la escuela en países en desarrollo de Latinoamérica, el Caribe y África (Lloyd, 2006).

vez, es necesario atender a los factores explicativos del embarazo no intencional en la adolescencia, tales como las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios (incluyendo a métodos anticonceptivos modernos) y de inclusión social en sus barrios de residencia, la existencia de oportunidades para mejorar su autonomía y poder de decisión y la garantía de sus derechos humanos (Brizuela, Abalos, Ramos & Romero, 2014).

Las desigualdades en términos de educación, empleo y salud generadas por el EA y el MT, no solo tienen consecuencias en la calidad de vida de madres adolescentes y sus hijos/as, sino que implican costos para el Estado, que se materializan en ambos lados del presupuesto público. Por un lado, la dificultad de las mujeres que fueron madres en la adolescencia para acceder a puestos de trabajo de calidad impacta sobre la productividad de la economía y disminuye el potencial de ingresos fiscales percibidos a través de impuestos y contribuciones a los sistemas de seguridad social. Por otro lado, la atención sanitaria de los embarazos y partos de madres adolescentes y los mayores riesgos y complicaciones asociadas a los embarazos a edades tempranas¹ imponen una carga al sistema público de salud (UNFPA, 2018).

Es por esto que invertir en la prevención del EA y de la MT implica no solo mejorar las trayectorias vitales de niñas y adolescentes de la región, sino

aprovechar el potencial económico que brinda el bono demográfico y la reducción de los gastos de Estado.

El presente trabajo tiene por objetivo estimar el impacto socioeconómico del embarazo adolescente y la maternidad temprana en Argentina a partir de la aplicación de la Metodología MILENA (Versión 1.0) - Metodología de Impactos del Embarazo Adolescente en América Latina, desarrollada por UNFPA LACRO. Esta metodología propone un estándar para aproximar los costos económicos que el EA y la MT tienen para un país en términos de costos de oportunidad o costos de omisión (CO) a partir de la valorización monetaria de sus efectos sobre cinco dimensiones: I) educación, II) participación laboral y empleo, III) ingresos, IV) salud pública y V) ingresos fiscales no percibidos.

Los resultados de esta publicación se presentan en dos grandes secciones. En la primera se describen las principales consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en la Argentina a partir de información ordenada en cinco apartados:

2.1

Costo de oportunidad educativo vinculado al embarazo en la adolescencia;

2.2

Costo de oportunidad de la participación laboral y el empleo vinculado al embarazo en la adolescencia;

2.3

Costo de oportunidad del ingreso laboral vinculado al embarazo en la adolescencia;

2.4

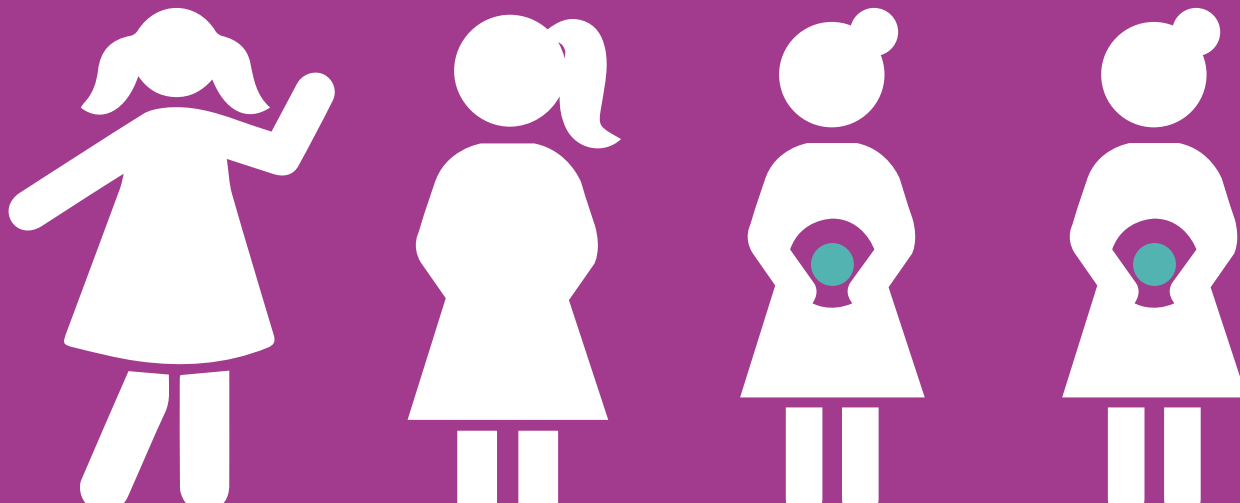
Costos del embarazo en la adolescencia sobre la salud pública (costos de oportunidad sociales por desenlaces de salud y costos de atención sanitaria) y;

2.5

Impacto fiscal del embarazo en la adolescencia en términos de renuncia sobre ingresos fiscales nacionales.

En la segunda sección se presentan los aspectos metodológicos establecidos para completar las estimaciones de las diferentes dimensiones analizadas a modo de memoria de cálculo de la aplicación de la metodología MILENA en la Argentina. Para ello se define la población de estudio y se detallan las pautas definidas para completar las estimaciones de las cinco dimensiones calculadas. A su vez, se presenta un apartado que contiene las referencias bibliográficas utilizadas, incluyendo una sección especial con las citas específicas correspondientes al ejercicio de microcosteo de la atención sanitaria del embarazo en la adolescencia. Por último, se incluyen las referencias a los anexos metodológicos digitales incorporados al trabajo, compuestos por las planillas MILENA 1 que contiene la definición de las variables utilizadas para el cálculo de las cinco dimensiones y MILENA 2 que resume los metadatos utilizados como fuentes y procesos aplicados en cada caso.

¹ Los embarazos en la adolescencia tienen mayores riesgos observados de hemorragia posparto, infecciones uterinas, parto pre término, así como también bajo peso del bebé al nacer, menor desarrollo para la edad gestacional y mayor probabilidad de que sufra de condiciones neonatales severas (Ganchimeg y otros, 2014) (Conde- Agudelo, Belizán & Lammers, 2005).



SECCIÓN

01.

*Consecuencias socioeconómicas
del embarazo en la adolescencia
en la Argentina*



01.

LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA ARGENTINA²

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son problemas sociales de magnitud considerable y de larga data para Argentina. En 2017 nacieron en Argentina 704.609 niños y niñas, de los cuales un 13% (94.079) son hijos o hijas de adolescentes menores de 20 años y 2.493 de niñas menores de 15 años (DEIS, 2018).

Además de representar una barrera para el desarrollo humano de las madres, padres e hijos/as a nivel individual y familiar, el EA y la MT actúan en desmedro del crecimiento y desarrollo económico. Las trayectorias educativas truncas y la mayor inactividad o inserción laboral precaria de las madres adolescentes y jóvenes tienen un impacto negativo sobre la productividad y menoscaban la competitividad de la economía nacional en su conjunto (Chaaban y Cunningham, 2011).

El país se encuentra en un período de alto potencial económico, generado por la posibilidad de beneficiarse del bono demográfico, fenómeno que ocurre cuando la proporción de población en edad de trabajar es mayor respecto de la población dependiente (UNFPA, 2018). Sin embargo, el EA y

la MT, al impactar sobre las trayectorias educativas, laborales y de salud de las niñas y adolescentes, limitan la posibilidad que tienen los países de beneficiarse de esta posibilidad. Es por esto que su prevención puede favorecer su aprovechamiento en el mediano y largo plazo.

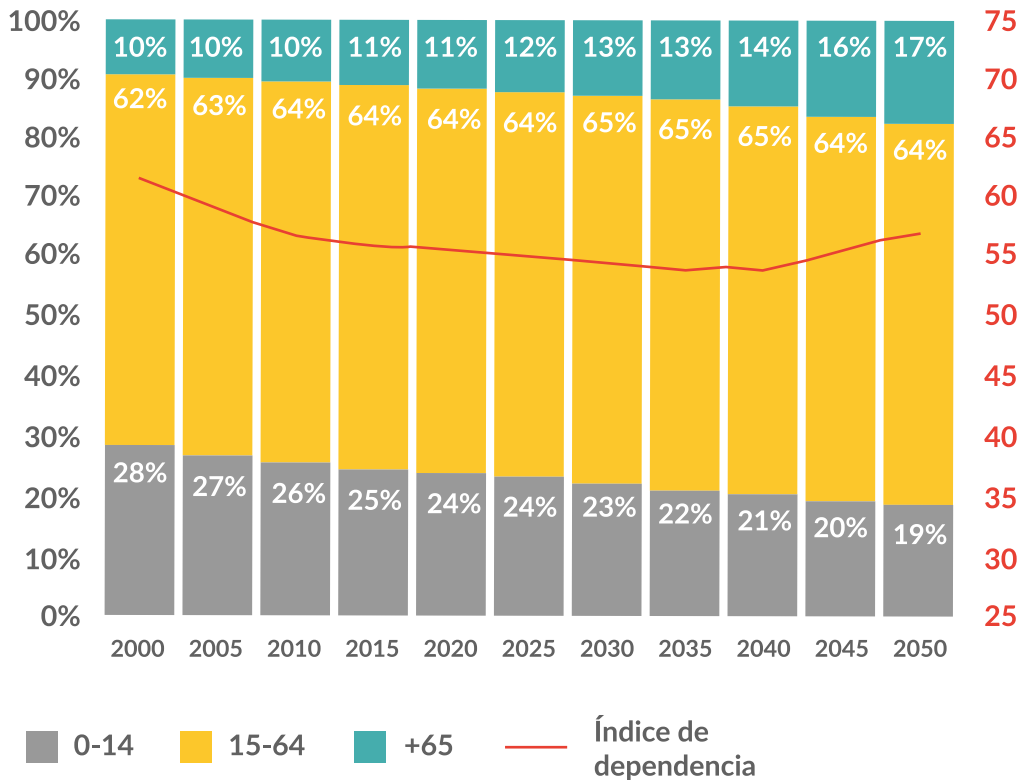
Según puede observarse en el Gráfico 1, el denominado “Índice de Dependencia” en la Argentina viene reduciéndose desde el comienzo del siglo y será, en 2020, de 56 personas en edad de dependencia por cada 100 personas en edad de trabajar. Sin embargo, se espera que esa menor presión sobre la población económicamente activa se empiece a revertir desde 2035, fecha en que comenzaría a agotarse el bono demográfico debido al envejecimiento de la población.



EN 2017
nacieron en ARGENTINA
704.609
niños y niñas
hijos e hijas de
ADOLESCENTES

² Esta sección se basa en Plan ENIA (2019); Ministerio de Salud y UNICEF (2016), Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y UNICEF (2019) y datos actualizados de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, disponibles en: <http://www.deis.msal.gov.ar/>.

Composición poblacional e índice de dependencia Argentina años 2000-2050



Fuente: Elaboración propia sobre la base de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1.

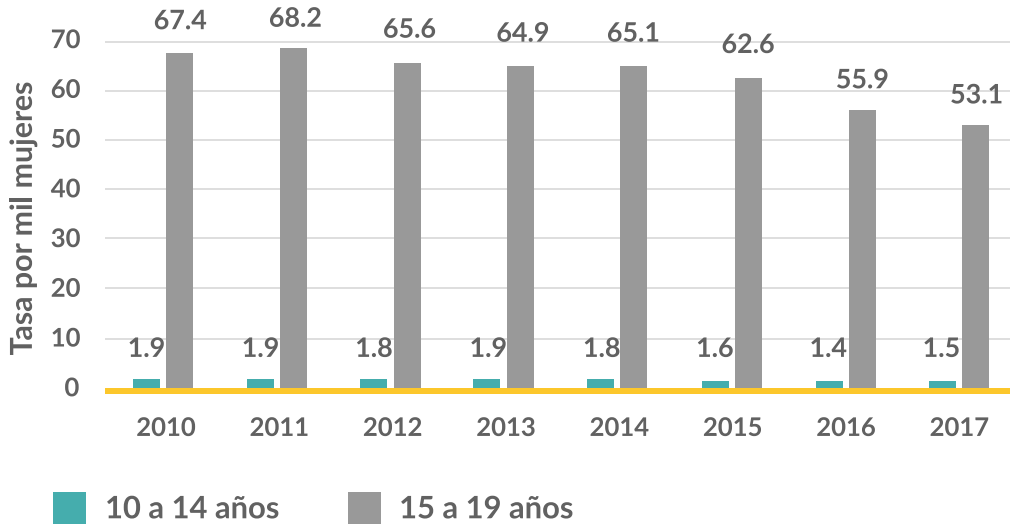
El EA y la MT componen la denominada tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA), que se puede desagregar en dos tipos: la tasa de fecundidad adolescente temprana (10-14 años, $TEFA_{10-14}$), que incluye a niñas que fueron madres entre los 10 y los 14 años y la tasa de fecundidad adolescente tardía ($TEFA_{15-19}$), que incluye a aquellas adolescentes que fueron madres entre los 15 y los 19 años.

En cuanto a la tasa de fecundidad temprana (10-14 años, $TEFA_{10-14}$) en Argentina, muestra una tendencia levemente decreciente en los últimos años, alcanzando un valor de 1,5 por mil en 2017 (Gráfico 2). Esto significa que cada año cerca de 2.500 niñas menores de 15 años se convierten en madres, lo cual merece una preocupación especial no solo por el mayor riesgo para la salud que implican los embarazos a tan temprana edad sino porque a menor edad de las niñas mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de

abuso sexual, relaciones forzadas o explotación sexual (Ministerio de salud y UNICEF, 2017). En este caso también existen variaciones marcadas entre las regiones del país, con las tasas más altas en las provincias del NEA (4,4 por mil en Formosa, 3,7 por mil en Chaco y 3,6 por mil en Misiones) (DEIS, 2018). A su vez, la $TEFA_{10-14}$ en comunidades aborígenes es superior al promedio nacional, aunque son escasos los estudios que analizan el comportamiento reproductivo de las mujeres de estas poblaciones y, menos aún, los que centran la atención en las niñas y adolescentes de estas comunidades. Las referencias disponibles mencionan la existencia de barreras de accesibilidad material y cultural a los servicios de salud y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (ENIA, 2019b).

GRÁFICO

2 Evolución de las tasas de fecundidad en la adolescencia temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años) en Argentina. Años 2010-2017



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y UNICEF (2019) y DEIS (2018).

La evolución de largo plazo de la tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años, TEFA15-19)³ mostró en Argentina un descenso continuo pero lento desde niveles cercanos a 80 por mil en 1980 a niveles próximos a 60 por mil en el primer quinquenio de los años 2000, y alcanzando un mínimo de 56,7 por mil en 2003.

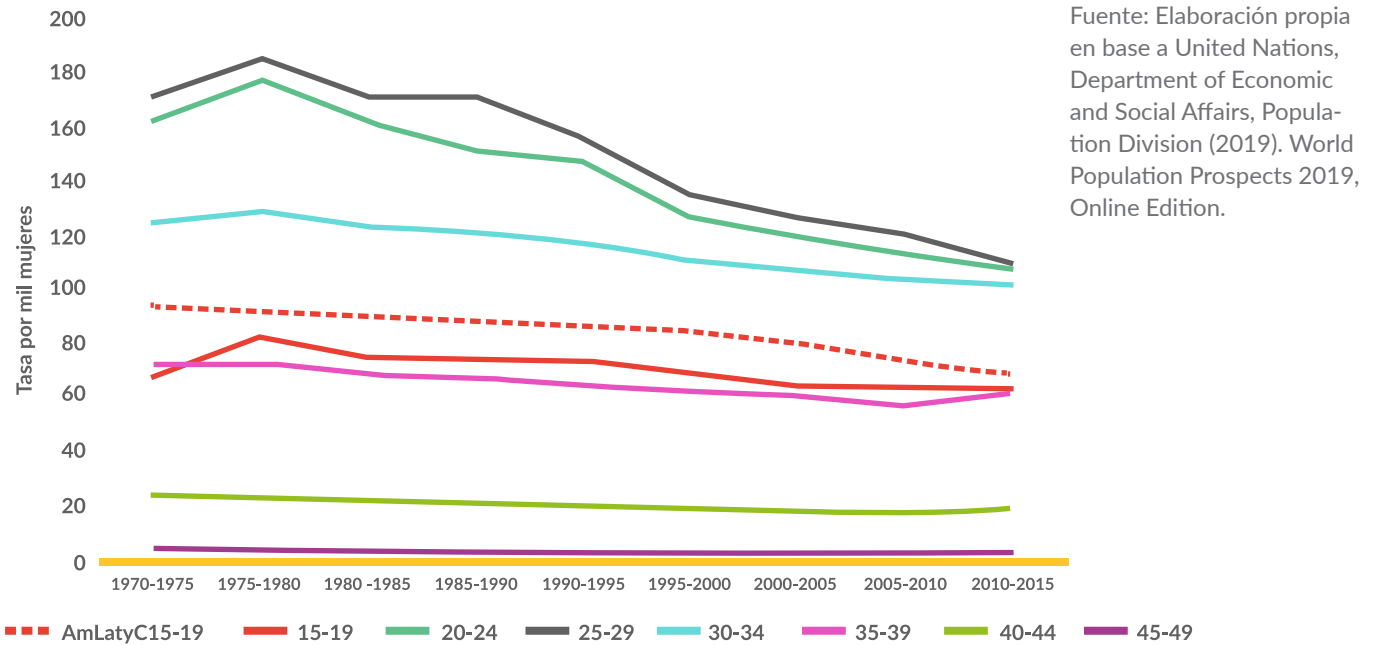
Sin embargo, al igual que lo sucedido a nivel mundial (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018), durante este período la fecundidad adolescente se redujo a un ritmo más lento que la fecundidad total (lo que puede distinguirse en el **Gráfico 3** por las pendientes más marcadas de las series correspondientes a los otros grupos de edad). En la comparación internacional, la TEFA15-19 Argentina se encuentra por encima del promedio mundial (46 por mil en el período 2010-2015) y por debajo del promedio de

América Latina y el Caribe (66,5 por mil), aunque en el período 2010-2015 fue superior a las de países vecinos como Chile, Paraguay, Uruguay y también Perú y Colombia (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

³ Desde una perspectiva socio sanitaria del embarazo, resulta conveniente distinguir dos períodos dentro de la adolescencia: la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) y la adolescencia temprana (entre los 10 a 14 años).

3

Tendencias de las tasas de fecundidad específicas en Argentina. Años 1970-2015



En el plano interno, estas tasas muestran brechas geográficas importantes entre las regiones del país: la TEFA15-19 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ciudad capital) fue de 20,24 por mil en 2017 (menos de la mitad del promedio nacional), mientras que casi cuadruplicó esos niveles en las provincias del Noreste y Noroeste argentino (82,5 por mil en Formosa, 82 por mil en Chaco y 81,4 en Misiones). Esto implica, en términos de su contribución a la incidencia del embarazo en la adolescencia en el país, que la Provincia de Buenos Aires aporta cerca de un tercio del total de nacimientos de madres de 15 a 19 años (30.129 nacidos vivos-NV- en 2017) (DEIS, 2018).

La evolución más reciente de las tasas de fecundidad específicas por edad y las brechas geográficas mencionadas dan cuenta de la tendencia identificada por Pardo y Cabella (2018) y Pardo y Nathan (2018) para los países del Cono Sur hacia la consolidación de un patrón bimodal de la fecundidad según la edad de tenencia del primer hijo/a. Esto implica que en la distribución total de nacimientos

se visualiza un pico en la tasa de fecundidad registrado en la adolescencia y otro pico registrado hacia el final de la primera década de la vida adulta de las mujeres. Este fenómeno se explica por diferencias en los comportamientos reproductivos entre sectores sociales, siendo los sectores más rezagados quienes presentan crecientes o estancados niveles de fecundidad adolescente y los sectores de mayor desarrollo relativo la postergación de la maternidad a la vida adulta.^{4,5}

La posibilidad de beneficiarse del potencial que ofrece el bono demográfico se ve perjudicada frente a altos niveles de la TEFA, es decir, cada niña o adolescente que es económicamente dependiente y tiene un hijo/a implica un incremento de la población dependiente reduciendo los efectos del bono demográfico (UNFPA, 2018). A su vez, el EA y la MT no solo inciden en la capacidad de los países de beneficiarse del bono demográfico, sino que inciden en perjuicio de la calidad de vida de las mujeres que fueron madres en la niñez o la adolescencia.

Uno de los aspectos en que su calidad de vida se ve afectada es en cuanto a los perjuicios que generan sobre la salud de las madres adolescentes, quienes dependen de forma exclusiva del sistema público de salud para la atención de sus embarazos y partos (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2019).

De acuerdo con la OMS, “las complicaciones asociadas al embarazo y los abortos en condiciones de riesgo son las causas principales de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años” (UNFPA, 2018, p. 42). En los últimos 6 años con información disponible, se registraron un promedio de 33 muertes maternas (MM) por año en adolescentes, lo que representa 13% de las MM totales del período.⁶ La mayor parte de esas muertes ocurrió por causas directamente relacionadas con el embarazo: embarazo terminado en aborto y causas obstétricas directas. Entre las muertes maternas por causas directas las más frecuentes fueron atribuibles a trastornos hipertensivos, edema y proteinuria y a otras causas directas (Cuadro 1).

► En los últimos 6 años se registraron **33** muertes **MATERNAS** por año en adolescentes

⁴ Estos autores encuentran a través del análisis de las edades de la tenencia del primer hijo/a de las mujeres, que la distribución de la fecundidad por edades en Argentina, Chile y Uruguay toma un patrón bimodal con dos picos, registrándose el primero hacia el final de la adolescencia y el segundo hacia el final de la década de los 20 años.

⁵ Pardo y Nathan (2018) también analizan la evolución de la fecundidad total y adolescente en el Cono Sur, e identifican la llamada “paradoja latinoamericana”, un fenómeno caracterizado por una combinación de descenso rápido de la fecundidad total y la persistencia de elevadas tasas de fecundidad adolescente, explicado por dos factores: la existencia de fuertes disparidades en el territorio y entre sectores sociales (la fecundidad es sustantivamente más baja en las capitales y las ciudades metropolitanas, y las mujeres

con nivel educativo más alto tienen menos hijos y más tarde); y el estancamiento de la disminución de la fecundidad adolescente respecto de la fecundidad total (también más evidente en zonas de menor desarrollo relativo). Esto hace que el retraso del momento de formar familia de parte de las mujeres conviva con las altas tasas de fecundidad adolescente de otra parte de la población. La coexistencia de ambos procesos provoca la aparición del patrón bimodal en la edad en la que se tiene al primer hijo/a, indicativo de una polarización de los comportamientos reproductivos entre sectores sociales.

⁶ Las deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción pueden originar subestimación en la mortalidad materna (Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2019).

Evolución de la mortalidad materna en adolescentes. Años 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Muertes maternas						
10 a 14 años	1		2	4	1	
15 a 19 años	33	33	37	42	30	26
Según causas						
Embarazo terminado en aborto	2	9	5	6	5	2
Causas obstétricas directas	22	15	21	29	18	19
Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio	9	7	6	9	5	8
Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto	0	1	0	0	0	0
Hemorragia posparto	3	0	3	1	2	1
Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	3	1	4	11	8	3
Otras causas directas	7	6	8	8	3	7
Causas obstétricas indirectas	10	9	13	10	8	5
Total MM 10 a 19 años	34	33	39	46	31	26
Total MM	258	245	290	298	245	202
Razón de mortalidad materna						
10 a 19 años x 10mil NV	3,0	2,8	3,3	4,1	3,1	2,8
Total mujeres x 10mil NV	3,5	3,2	3,7	3,9	3,4	2,9

Fuente: elaboración propia en base a DEIS.

Por otra parte, la evidencia en Argentina da cuenta de que el embarazo en la adolescencia también conlleva mayores riesgos para la salud de los/las recién nacidos/as. En el desenlace más extremo, la tasa de mortalidad infantil entre las mujeres menores de 20 años resulta más frecuente en los hijos e hijas de madres adolescentes (9,3 por mil en 2016) que en el resto (entre 5,4 y 9,0 por mil para los distintos grupos), exceptuando la que corresponde a las mujeres de 45 años y más (14,2 por mil). Lo mismo se evidencia en la distribución de los nacimientos con bajo peso al nacer: 11,9 y 8% de los nacimientos para las madres entre los 10 a 14 años y los 15 a 19 años, respectivamente vs. 7,3% para el total de los nacimientos. Por último, las niñas y adolescentes embarazadas evidencian mayor frecuencia en el total de embarazos pretérmino: 13,1% de las adolescentes entre 10 y 14 años y 9,6% de las adolescentes entre 15 y 19 años experimentan partos prematuros, frente al 8,8% del total de nacidos vivos (NV) en 2016.

En cuanto a los efectos el EA y la MT sobre la trayectoria educativa de las niñas y adolescentes, diferentes estudios muestran una asociación negativa entre el embarazo en la adolescencia, la permanencia en la escuela y la terminalidad educativa en Argentina. En cuanto a la permanencia, datos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia para los años 2011 y 2012 señalan que del total de adolescentes entre 15 y 17 años que dejaron de asistir a la escuela, el 10,2% lo hicieron por motivos asociados al embarazo y la maternidad o paternidad, constituyéndose en la cuarta causa de deserción escolar (UNICEF, 2017b). A su vez, del total de adolescentes que asistían a la escuela al momento del embarazo, seis abandonan sus estudios (Gogna y col. 2005; Fainsod, 2012; Binstock y Gogna, 2014). Algunos motivos manifestados por las adolescentes fueron “no querer estudiar”, el temor a la discriminación (en ocasiones efectiva y, en otras, anticipada) y, en menor medida, aspectos relacionados con el cuidado del embarazo.

En cuanto a la terminalidad educativa, la información que surge del Sistema de Estadísticas Vitales indica que los niveles de escolaridad alcanzados por las madres adolescentes de 18 y 19 años están por debajo de los niveles esperados para su edad: casi el 6% de los NV son de madres que no lograron completar la primaria/EGB, un 22% son de madres que completaron el primer ciclo pero no accedieron al secundario/polimodal; y un 47% son de madres que accedieron al secundario pero no pudieron completarlo. Solo un 23% de los NV son de madres que pudieron completar el nivel secundario en los tiempos esperados, mientras que esta proporción casi se triplica (56%) entre quienes no han sido madres (Gráfico 4, UNICEF 2017).

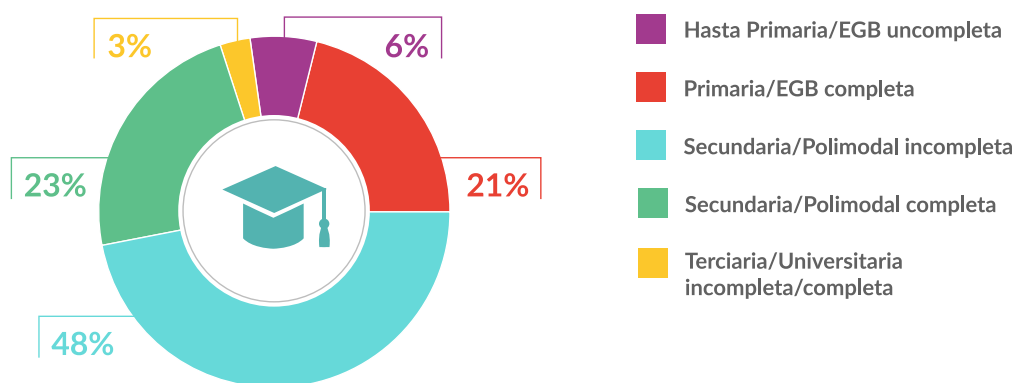


Diferentes estudios muestran una asociación negativa entre el embarazo en la adolescencia, la permanencia en la escuela y la terminalidad educativa en Argentina

GRÁFICO

4

Máximo nivel educativo alcanzado por las madres adolescentes de 18 y 19 años. República Argentina. Año 2016.

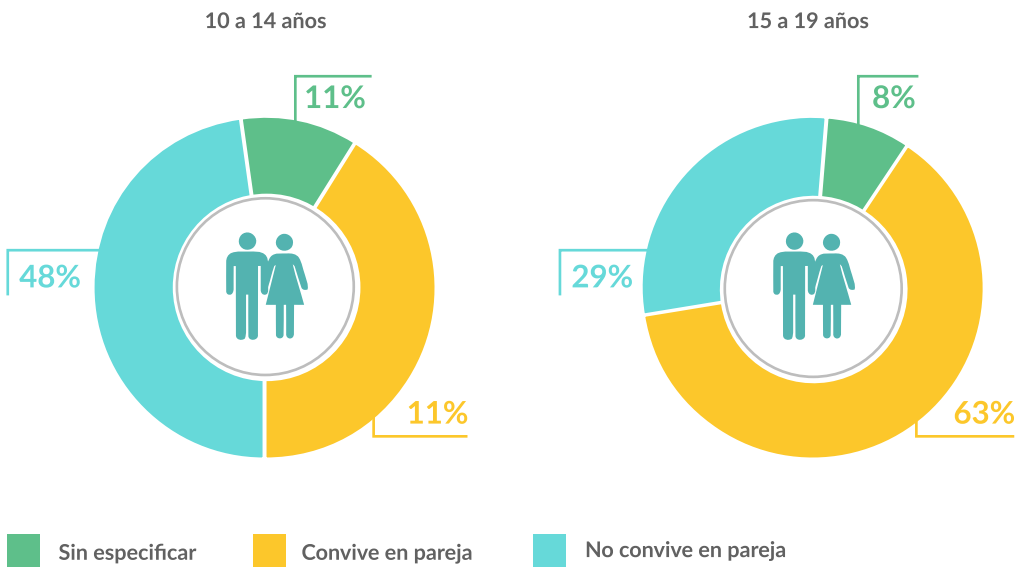


Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social y UNICEF, 2017.

De acuerdo con los nacimientos registrados por las Estadísticas Vitales en 2017 en la mayoría de los nacimientos de las adolescentes de 15 a 17 las madres convivían en pareja al momento del nacimiento (63%) mientras que en el caso de las niñas de 10 a 14, la mayoría no convivía en pareja (Gráfico 5). Las uniones tempranas y su relación con el EA y la MT es un tema de interés para profundizar. Debe considerarse que la edad mínima para casarse en el país es de 18 años, aunque se aceptan algunas situaciones excepcionales en adolescentes. Por su parte el Código Penal establece que la edad mínima de consentimiento sexual es de

13 años en relación con las personas menores de 18 años de edad, y de 16 años para otorgar el consentimiento a los mayores.

5 Situación conyugal de las madres de 10 a 14 y 15 a 19 años. República Argentina. Año 2017



Fuente: elaboración propia en base a DEIS.

Por último, un aspecto por el cual el embarazo en la adolescencia merece atención es su carácter muy frecuentemente involuntario: en las adolescentes entre 15 y 19 años, 7 de cada 10 embarazos no son intencionales y en las menores de 15 años la no intencionalidad aumenta a 8 de cada 10 embarazos (ENIA, 2018). A su vez, la utilización de métodos anticonceptivos en el país es baja o no sistemática (Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2007; Fundación Huésped-UNICEF, 2012; Zamberlin et al, 2017).

Diversos factores se reconocen como barreras a una prevención efectiva de los embarazos no intencionales tres factores que impiden que los y las adolescentes puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva: la falta de acceso a información y a educación sexual integral en las escuelas; la falta de acceso a consejerías adecuadas en salud sexual y reproductiva en los hospitales y centros de salud (incluyendo la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas en el marco normativo); y la falta de ac-

ceso a métodos anticonceptivos gratuitos y probadamente efectivos.

A partir de este diagnóstico y con el objetivo de intervenir de manera integral sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia en Argentina, desde fines del año 2017 el Gobierno Nacional implementa el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) cuyos objetivos estratégicos son: I) sensibilizar a la población en general y a los y las adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia; II) mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones; III) potenciar las decisiones informadas de los y las adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos; y IV) fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) según el marco normativo vigente.⁷

⁷ Para más información sobre el Plan ENIA puede consultarse <https://www.argentina.gob.ar/planenia>.

02.

IMPACTOS SOCIOECONÓMICOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA ARGENTINA

▶ La metodología MILENA (versión 1.0) propone un estándar para medir de manera homogénea los efectos socioeconómicos del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en los países de la región a partir de cuantificar los costos de oportunidad o costos de omisión (CO). Los CO refieren a pérdida económica de las personas o del Estado a partir de la realización de determinadas acciones (o inacciones) que influyen en la oportunidad de generar valor productivo para sí mismas, para sus familias y/o para la sociedad.

Este trabajo, se propone cuantificar los CO generados en Argentina por el EA y la MT a partir de la su valorización monetaria sobre cinco dimensiones: I) educación de las mujeres, II) participación laboral y empleo, III) ingresos, IV) salud pública y, V) ingresos fiscales no percibidos por impuestos y contribuciones (Gráfico 6).

GRÁFICO

6 Dimensiones de la metodología MILENA (1.0)



Fuente: UNFPA (2018)

Para llevar a cabo a metodología se trabajó a partir de la comparación de dos grupos de mujeres madres que declararon tener entre 20 y 46 años al momento de la encuesta: uno conformado por aquellas que fueron madres en la adolescencia (G1) y otro de comparación o contrafactual (G2), conformado por mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la primera década de su edad adulta (entre los 20 y los 29 años).

Los resultados de la aplicación de la metodología para el caso de Argentina se calculan a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) relevados entre 2017 y 2018. A su vez se toman otras fuentes oficiales de información para las estimaciones de las dimensiones de ingresos fiscales y salud pública.⁸

⁸ En las Referencias bibliográficas se incluye el detalle de documentos consultados para la estimación del costo sanitario del embarazo en la adolescencia en Argentina como un apartado bajo el título "Referencias específicas para el ejercicio de microcosteo de la atención sanitaria del embarazo en la adolescencia."

2.1

COSTO DE OPORTUNIDAD EDUCATIVO VINCULADO AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

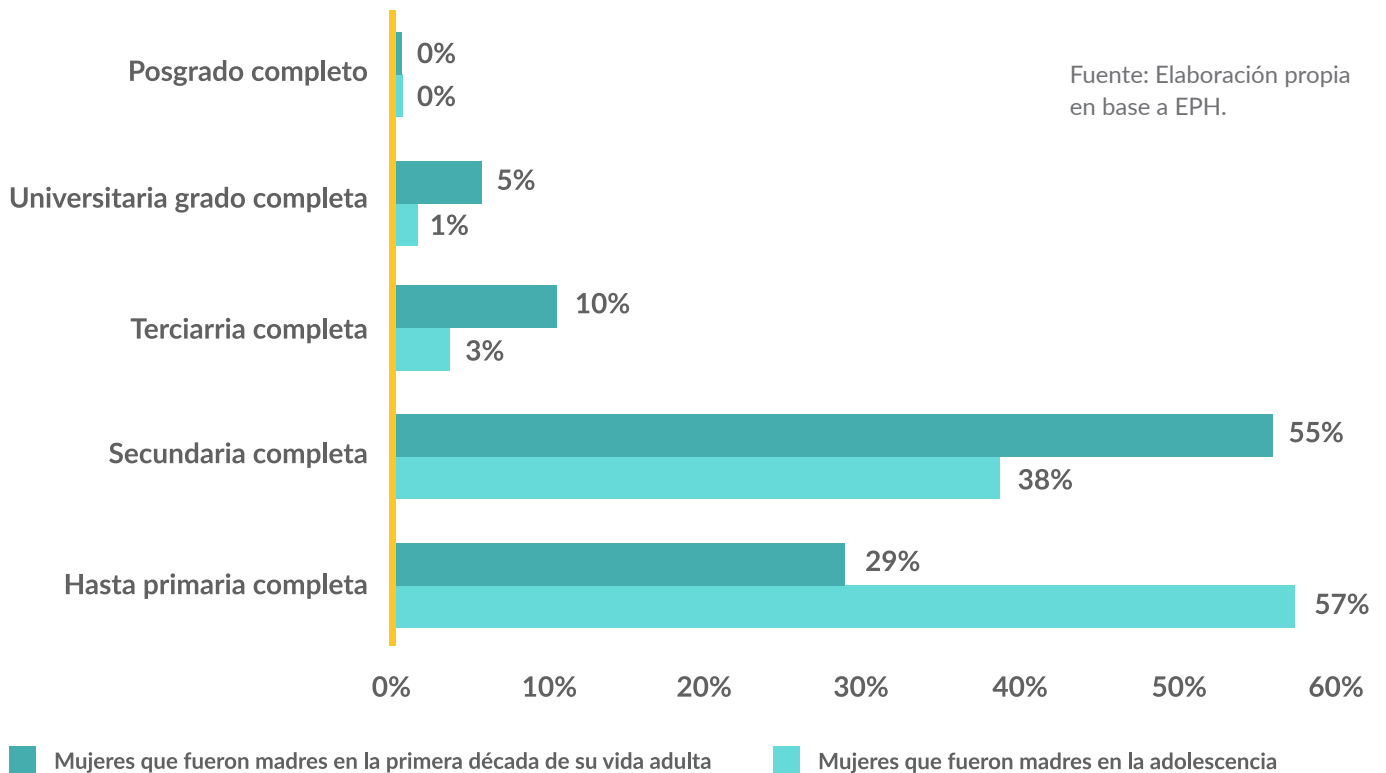
Las mujeres que tienen un hijo/a en la adolescencia (MMA) y experimentan tempranamente la maternidad alcanzan un menor nivel educativo que las mujeres que retrasan su maternidad a la primera década de la vida adulta. La maternidad temprana limita la disponibilidad y capacidad de las mujeres para invertir en su formación de capital humano, específicamente en su proceso de educación formal a causa del tiempo y el esfuerzo destinado a los cuidados y a los trabajos no remunerados que la maternidad conlleva. Esto genera una brecha educativa respecto de las mujeres que posponen su maternidad.

En Argentina, las estimaciones realizadas a partir de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) indican que más de la mitad de las mujeres que experimentan la maternidad de manera temprana sólo consiguen completar sus estudios primarios (55%), apenas 4 de cada 10 completa sus estudios secundarios (38%) y solo un 4% consiguen continuar con sus estudios más allá de la educación media. En contraposición, el 55% de las mujeres que posponen su maternidad a la primera década de su vida adulta finalizan el secundario, y un 15% de ellas continúa sus estudios en los niveles terciario o universitario (Gráfico 7). Por tanto, el EA y la MT Argentina **disminuyen en un 17% la probabilidad que tienen las mujeres de finalizar el secundario y en un 11% la probabilidad de finalizar estudios de terciarios o universitarios respecto de las mujeres que posponen su maternidad a la primera década de su vida adulta (20 a 29 años).**



Las mujeres que tienen un hijo/a en la adolescencia (MMA) y experimentan tempranamente la maternidad alcanzan un menor nivel educativo que las mujeres que retrasan su maternidad a la primera década de la vida adulta

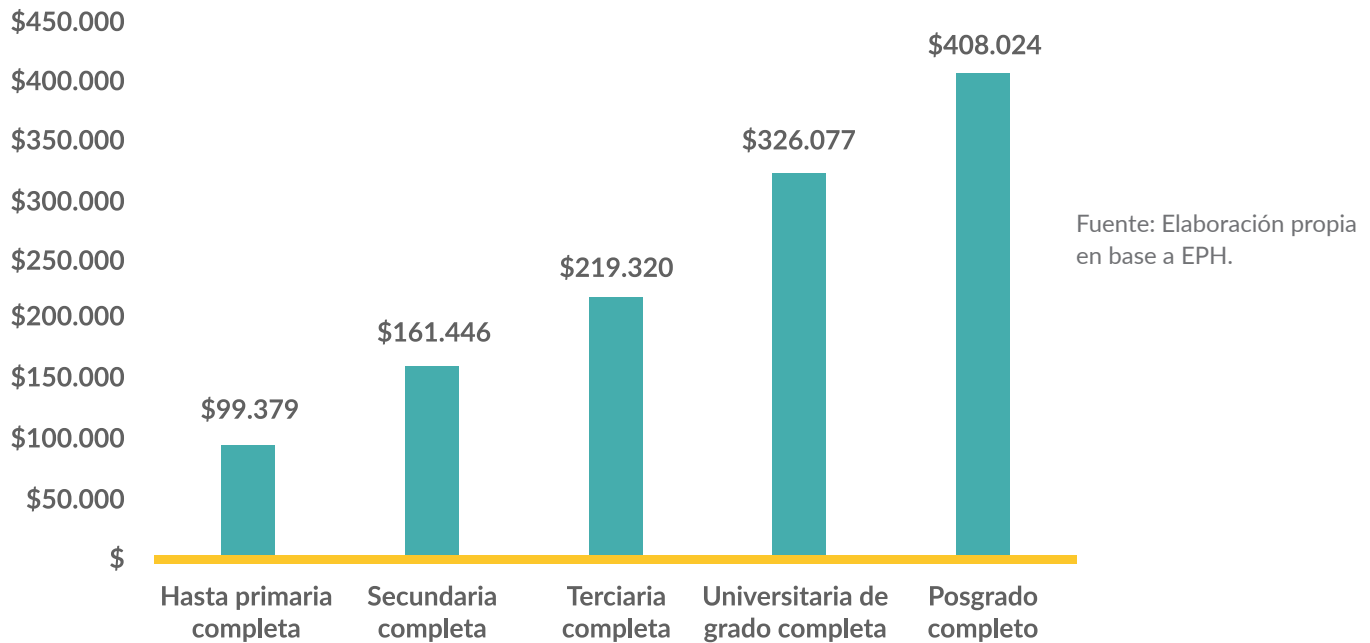
7 Nivel educativo alcanzado de las mujeres que tuvieron un hijo/a en la adolescencia y de las que retrasaron su maternidad



Como el nivel de ingreso de las mujeres depende de su nivel educativo, las mujeres que son madres en la adolescencia ven disminuida su posibilidad de generar ingresos más altos a partir de trabajos más calificados, respecto de aquellas mujeres que posponen su fecundidad –y por consiguiente su maternidad– a la primera década de edad adulta.

En Argentina, los ingresos laborales de las mujeres que no terminan la secundaria son un 40% más bajos que los de las mujeres que completan ese nivel educativo. Por otra parte, los estudios universitarios aumentan significativamente el potencial de ingresos laborales que pueden percibir las mujeres: estos son 2 veces más altos que los conseguidos por las mujeres con educación secundaria completa (Gráfico 8).

8 Ingresos anuales medios de la ocupación principal de las mujeres según nivel educativo alcanzado



Entonces, las mujeres que son madres en la adolescencia y deben por esa causa abandonar sus estudios, alcanzan ingresos laborales sensiblemente menores a los que podrían generar si pospusieran su maternidad y consiguieran completar niveles de formación más altos. Dadas las mencionadas brechas observadas en los niveles educativos alcanzados por las MMA y las diferencias en los ingresos generados según nivel educativo alcanzado por las mujeres, **se estima que en Argentina el abandono y el rezago educativo vinculados al EA y la MT representan para las mujeres (y para el país) un costo o pérdida de \$10.914 millones al año, el equivalente a 288 millones de dólares.**⁹



Se estima que en Argentina el abandono y el rezago educativo vinculados al EA y la MT representan para las mujeres (y para el país) un costo o pérdida de \$10.914 millones al año, el equivalente a 288 millones de dólares.

⁹ Para la estimación de los costos en dólares estadounidenses se toma el Tipo de Cambio Nominal Promedio a diciembre 2018: 37,89 \$/USD (Com 3500 BCRA: https://www.bcra.gob.ar/PublicacionesEstadisticas/Tipos_de_cambios.asp).

2.2

COSTO DE OPORTUNIDAD DE LA PARTICIPACIÓN LABORAL Y EL EMPLEO VINCULADO AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El EA y la MT afectan negativamente la participación laboral de las MMA y también las posibilidades de inserción en el mercado de trabajo. En este apartado se mide y valoriza los costos de oportunidad que enfrentan las mujeres que fueron madres en la adolescencia en términos de participación laboral, desempleo e ingresos.

En Argentina, las MMA presentan mayores tasas de inactividad laboral que las mujeres que postergaron su maternidad a la primera década de su vida adulta. A partir de los datos de la EPH, se estima que la brecha de actividad laboral entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia y aquellas que fueron madres a una edad adulta es del 25% (la tasa de inactividad de las MMA es 49,5% vs 39,6% de las madres adultas) (Gráfico 9); esto es, las mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia tienen una probabilidad 25% mayor de retirarse del mercado de trabajo. **Esta mayor inactividad laboral conlleva una pérdida de ingresos estimada en \$6.729 millones al año, el equivalente a 178 millones de dólares.**

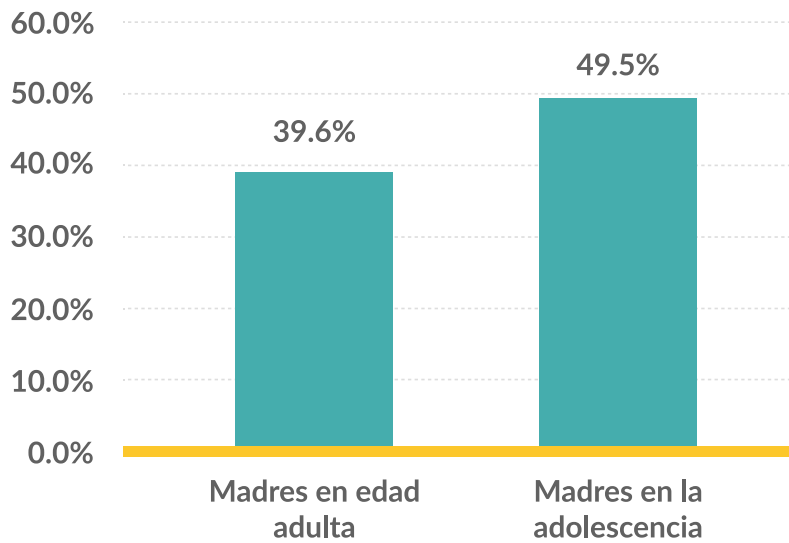
Por otra parte, con la misma fuente se estima que las mujeres que fueron madres en la adolescencia y buscan trabajo tienen una probabilidad menor de conseguirlo que las mujeres que retrasaron su maternidad, siendo que la tasa de desempleo que enfrentan las primeras es 21,4% es mayor que el de las mujeres que fueron madres en una edad adulta (la tasa de desempleo de las MMA es de 7,7% vs. 6,3% para las madres adultas) (Gráfico 10). **Esta mayor tasa de desempleo implica una pérdida de ingresos estimada en \$1.151 millones al año, el equivalente a 30,4 millones de dólares.**



Si se invirtiera en prevenir los EA y en evitar las consecuencias indeseadas de la MT sobre esta dimensión, los ingresos generados a partir de la actividad productiva remunerada de las mujeres podría incrementarse en \$7.880 millones, el equivalente a 208 millones de dólares al año.

9

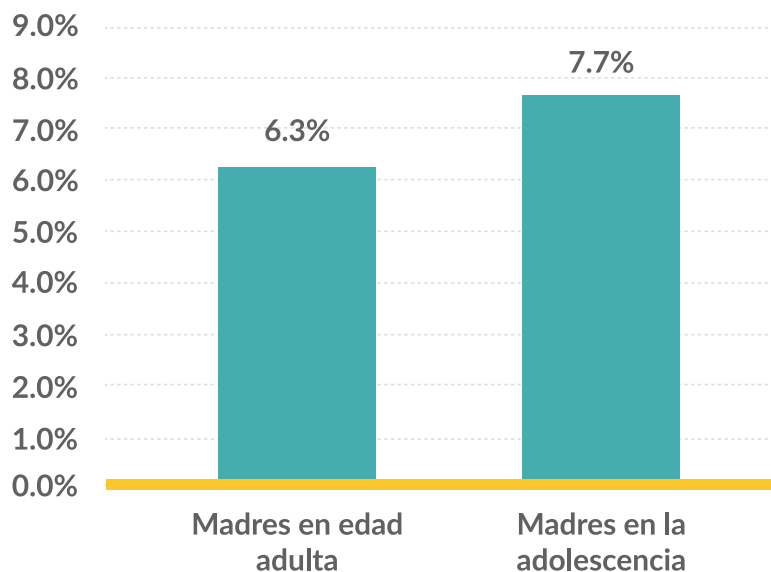
Tasas de inactividad laboral de las mujeres que tuvieron un hijo/a en la adolescencia y de las que retrasaron su maternidad



Fuente: Elaboración propia en base a EPH.

10

Tasas de desempleo de las mujeres que tuvieron un hijo/a en la adolescencia y de las que retrasaron su maternidad



Fuente: Elaboración propia en base a EPH.

Con todo, las estimaciones del impacto económico del EA y la MT sobre la participación laboral y el empleo de las mujeres implica que **si se invirtiera en prevenir los EA y en evitar las consecuencias indeseadas de la MT sobre esta dimensión, los**

ingresos generados a partir de la actividad productiva remunerada de las mujeres podría incrementarse en \$7.880 millones, el equivalente a 208 millones de dólares al año.

2.3

COSTO DE OPORTUNIDAD DEL INGRESO LABORAL VINCULADO AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El EA y la MT afectan negativamente los niveles de ingresos laborales obtenidos por las MMA respecto de las mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la edad adulta. Por esto, la metodología MILENA mide y valoriza los diferenciales en los ingresos laborales generados por ambos grupos de mujeres a partir de la medición de la brecha salarial o brecha de ingresos laborales generada por el EA y la MT.

vieron su primer hijo/a en edad adulta y el Ingreso laboral anual promedio de la ocupación principal de las mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia (MMA) se obtiene que **los ingresos laborales de las MMA son 22,6% menores que los de las mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la edad adulta.** Esta pérdida representa \$3.012 mensuales para cada mujer MMA en promedio para el año 2018 (Gráfico 11).

Si se considera el Ingreso laboral anual promedio de la ocupación principal de las mujeres que tu-

GRÁFICO

11 Ingreso laboral anual promedio de la ocupación principal de las mujeres que tuvieron un hijo/a en la adolescencia y de las que retrasaron su maternidad



Fuente: elaboración propia en base a EPH.

La pérdida estimada correspondiente a la brecha de ingresos entre mujeres que fueron madres en la adolescencia y las mujeres que tuvieron su primer hijo/a en edad adulta es de \$13.632 millones anuales. Esto resulta al expandir la brecha salarial por la cantidad de mujeres afectadas por ese menor ingreso laboral, que se estima aplicando la tasa específica de ocupación en mujeres (43,11%) a la cantidad de MMA que estaban en edad de trabajar durante ese año (874.715).

En suma, si se invirtiera en prevenir los EA y en evitar sus consecuencias indeseadas sobre los niveles salariales que perciben las mujeres que fueron madres en la adolescencia, se estima que **los ingresos laborales generados por las mujeres madres podrían aumentar hasta un 29,2% y consecuentemente los ingresos generados se incrementarían en \$13.632 millones al año (USD 359,8 millones).**

2.4

COSTOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA SOBRE LA SALUD PÚBLICA (COSTOS SOCIALES POR DESENLACES DE SALUD Y COSTOS DE ATENCIÓN SANITARIA)

El impacto del EA y de la MT en la salud pública se pueden medir a partir de dos dimensiones: I) sobre la salud de las niñas y adolescentes y sus hijas/os, y II) en base a los costos asociados a la atención sanitaria de los embarazos, partos y recién nacidos/as (RN) de madres adolescentes. En este apartado se presentan los resultados de las estimaciones que tienen por objetivo valorizar los efectos del EA y la MT sobre estas dos dimensiones.

Según los registros de Estadísticas Vitales llevados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, cada año mueren 35 mujeres entre 10 y 19 años por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.¹⁰ A partir de eso y teniendo en cuenta que la esperanza de vida al nacer para las mujeres en Argentina es de 88,4 años¹¹, se estiman 2.255 años de vida potencial perdidos (AVP) al año por muertes maternas en adolescentes. **Esto significa que en Argentina cada año se pierden 2.255 años potenciales de vida de las adolescentes fallecidas por causas relacionadas con su embarazo.**

Estas muertes maternas de adolescentes también implican costos de oportunidad para la sociedad

en términos de la vida productiva potencial (AVPP) que se pierde. Considerando que el inicio de la vida laboral en Argentina es a los 18 años¹² y la edad de retiro de las mujeres es a los 60 años, los AVPP por el EA ascienden a 1.470 al año. Esto quiere decir que **cada año en Argentina se pierden 1.470 años de vida productiva de las adolescentes fallecidas por causas relacionadas con el embarazo.** Si se considera que por cada año de vida productiva de estas adolescentes fallecidas podrían generarse ingresos anuales por \$123.647, **la mortalidad materna en adolescentes implica una pérdida económica para la sociedad equivalente a \$181,8 millones de pesos al año (USD 4,8 millones).**

En cuanto a los costos asociados a la atención sanitaria, el Estado argentino incurre en gastos cuantiosos para atender el embarazo, parto, puerperio y los/as recién nacidos/as de las madres adolescentes a través de los servicios brindados por el Sistema Público de Salud.

Según el microcosteo realizado, se estima que este subsistema destina **\$7.597 millones al año, el equivalente a 200 millones de dólares, para la atención sanitaria del embarazo en la adolescencia**

¹⁰ Promedio del período 2013-2017 (Cuadro 1).

¹¹ Estimaciones y proyecciones del INDEC elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, disponibles en <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

¹² Si bien en la Encuesta Permanente de Hogares la Población en edad de trabajar se define a partir de los 10 años para la construcción de los indicadores del mercado de trabajo, para calcular los

AVPP se toman los 18 años de edad como inicio de la vida laboral, ya que esta edad responde al límite de edad establecido por la CDN, a partir de la cual los niños y niñas cumplen la mayoría de edad, y además es la edad a partir de la cual las personas pueden trabajar sin permiso de los padres, encargados o tutores según la legislación laboral vigente en Argentina (<http://legales.com/Tratados/t/manual.htm#requisitos>).

De estos, cerca de **\$4.900 millones** -dos terceras partes del total- se destinan a la atención y cuidado de los embarazos de las adolescentes, estimados en 83.788 casos anuales para este subsector, lo que incluye los **cuidados de rutina** durante el período prenatal, el parto y el puerperio, y también de los y las recién nacidos/as.¹³ Por otra parte, se estima que el Estado gasta **\$481 millones** adicionales por año (USD 12,7 MM) para la **atención ambulatoria**

► en 2018

el Sistema Público de Salud atendió

83.788

embarazos de adolescentes
destinando ARS

\$7.597 millones

(USD 200 Millones); esto incluye la atención prenatal, del parto, el puerperio y del recién nacido/a con complicaciones.

de los problemas de salud que se presentan en los embarazos de las adolescentes, como la anemia aguda, la hipertensión y la diabetes gestacional (\$216 , \$210 y \$30 millones, respectivamente), entre otros; y otros **\$692 millones** por año (USD 18 millones) para atender las **complicaciones obstétricas** que enfrentan las adolescentes embarazadas y **que requieren internación**, como los abortos y las amenazas de parto prematuro (\$215 y \$148 millones, respectivamente), entre otras. Por último, el sistema de salud público destina cerca de **\$1.530 millones al año** (USD 40 millones) para la **atención de los/as recién nacidos/as (RN) de madres adolescentes que nacen con bajo peso y con otras complicaciones neonatales** como malformaciones, RN deprimidos graves, casos de aspiración de meconio o infección neonatal precoz, entre otros.

“

En la Argentina, 7 de cada 10 embarazos de adolescentes entre 15 y 19 no son intencionales y, en el caso de niñas entre 10 y 14 años, 8 de cada 10 embarazos no son intencionales.

Teniendo esto en cuenta, el Estado podría ahorrar \$5.318 millones al año (a precios corrientes del 2018), es decir, cerca de 140 millones de dólares, mediante la prevención de estos embarazos, lo que equivale a ocho veces lo que se invierte en el Plan ENIA.

Con todo, estas estimaciones indican que si el Estado argentino continuara los esfuerzos que viene realizando desde 2017 a través de la implementación del Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) podría ahorrar una magnitud importante de recursos fiscales a partir de la disminución del embarazo no intencional en la adolescencia. Si se tiene en cuenta que para el 70% de los/as nacidos/as vivos/as de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad y el 80% de las niñas entre 10 y 14 años, las adolescentes y niñas refieren que los embarazos no fueron intencionales, se tiene que el Estado podría ahorrar \$5.318 millones al año (140 millones de dólares) mediante la prevención de estos embarazos, lo que equivale a ocho veces lo que se invierte en el Plan ENIA.¹⁴

¹³ Nacidos vivos de madres adolescentes en establecimientos oficiales de salud (DEIS, promedio 2013-2017).

¹⁴ UBA-UNICEF (2019) estima que los costos explícitos del Plan ENIA ascienden a \$670 millones de pesos al año (USD 17,7 millones), lo que arroja una relación costo-beneficio del Plan muy positiva desde la perspectiva de los recursos invertidos y el ahorro fiscal que generan los embarazos no intencionales prevenidos.

2.5

IMPACTO FISCAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN TÉRMINOS DE RENUNCIA SOBRE INGRESOS FISCALES NACIONALES

Las brechas de participación laboral, empleo e ingresos disminuyen el potencial de ingresos fiscales percibidos por impuestos y contribuciones a los sistemas de seguridad social que constituyen los principales ingresos del Estado. La dimensión 4 de la metodología MILENA se ocupa de **valorizar las consecuencias del EA y la MT sobre los ingresos fiscales**. Los ingresos fiscales no percibidos como consecuencia del EA y la MT sobre las mujeres pueden estimarse a través de los impuestos, tasas y contribuciones relacionadas con la seguridad social que el Estado deja de percibir como consecuencia de los embarazos tempranos.

Por una parte, es posible contemplar las menores recaudaciones que se corresponden con las pérdidas de oportunidad de las adolescentes madres de ampliar sus ingresos laborales a lo largo de la vida, como consecuencia de sus embarazos tempranos. Ello tiene implicancias en la **recaudación esperada del Impuesto al Valor Agregado (IVA) que recae sobre el consumo, del denominado Impuesto a las ganancias (que grava las rentas de las personas físicas)**, y de otros impuestos que perderán recaudación potencial como consecuencia de los embarazos tempranos (impuesto sobre los bienes personales, impuestos sobre transacciones financieras, impuesto sobre los ingresos brutos, impuestos sobre los bienes muebles e inmuebles, etc.).

En segundo lugar, es posible considerar las pérdidas de recaudación de aportes personales y contribuciones patronales orientadas al financiamiento de la seguridad social, que corresponden a la mayor informalidad y menor empleabilidad

de las mujeres que son madres a edades tempranas. De cualquier manera, teniendo en cuenta el beneficio asociado a estas contribuciones que se traducen en mayores prestaciones de la seguridad social contributiva (jubilaciones, seguros de salud, asignaciones familiares, etc.) la estimación del impacto debería contemplar el neto entre los aportes y contribuciones que dejan de percibirse y las menores prestaciones que se generan.

En virtud de estos argumentos y siguiendo el recorte que propone la metodología MILENA **el análisis se concentra en las pérdidas de recaudación del IVA y del Impuesto a las ganancias**.

En relación con los **ingresos fiscales no percibidos por el IVA** puede estimarse la merma en el consumo a través del costo de oportunidad económico que reduce los ingresos de las MMA. Este costo de oportunidad abarca la menor actividad laboral, la merma en el empleo y la reducción en el ingreso laboral de las MMA, producto del EA y la MT. Considerando todos esos efectos, el costo de oportunidad total de ingresos no percibidos por la actividad productiva de las MMA alcanza a \$21.512,1 millones estimados para el año 2018. Aplicando a ese costo de oportunidad agregado el porcentaje que se gasta en consumos gravables con IVA y la alícuota general del impuesto -que en la Argentina alcanza al 21%- , se obtiene una estimación de la **pérdida de recaudación potencial relacionada con este impuesto que alcanza a \$ 2.499,1 millones anuales para 2018**.

Para estimar **los ingresos fiscales no recaudados**

por el impuesto sobre la renta de personas físicas en el país (en la Argentina denominado impuesto a las ganancias) se requiere considerar el ingreso de las MMA respecto al ingreso base gravable (mínimo no imponible del impuesto a las ganancias) y las deducciones y rangos de ingresos imponibles relacionados con las alícuotas diferenciadas que establece el impuesto. A su vez es necesario discriminar entre las MMA que son asalariadas registradas (y como tales pagan el impuesto a las ganancias como trabajadoras en relación de dependencia por montos menores a los que lo harían si no hubieran estado afectadas por el EA y la MT), las que son asalariadas no registradas (que no pagan el impuesto ya que se encuentran en situación de informalidad); y, finalmente, las trabajadoras independientes o cuentapropistas que pagan menos de lo que podrían pagar si sus ingresos netos de gastos fueran mayores, en ausencia de todos los efectos mencionados previamente.

Calculando en cada uno de los mencionados grupos los ingresos potencialmente adicionales por tramos de imposición definidos por el impuesto a las ganancias, se obtiene que **los potenciales ingresos no percibidos por las MMA implican pérdidas de tributación sobre las ganancias equivalentes a \$ 18,3 millones anuales para 2018.**

En suma, puede afirmarse que considerando solamente los dos impuestos en cuestión (IVA y ganancias) **las pérdidas de ingresos fiscales correspondientes a la problemática del EA y MT ascienden \$ 2.517,3 millones anuales para 2018, equivalentes a USD 66,5 millones.**

2.6 CONCLUSIONES

¿CUÁL ES EL IMPACTO ECONÓMICO TOTAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA PARA LA SOCIEDAD Y EL ESTADO?

En Argentina se estima que la probabilidad de que una mujer sea laboralmente inactiva durante la primera década de su vida adulta es un 25% mayor si tuvo su primer hijo/a en la adolescencia. Si busca trabajo, la mujer que tuvo su primer hijo/a en la adolescencia tiene una probabilidad 21,4% mayor de no conseguir un empleo remunerado; y si tiene un empleo, su remuneración será 22,6% más baja que la percibida por las mujeres que postergaron su maternidad.

Estas brechas en la participación laboral, el empleo y remuneraciones que enfrentan las mujeres que tienen su primer hijo/a en la adolescencia respecto de las mujeres que posponen su maternidad a la primera década de su vida adulta no sólo tienen un impacto económico negativo sobre las mujeres y sus grupos familiares sino que generan costos socioeconómicos para la sociedad. **En Argentina, los efectos indeseados del EA y la MT sobre la actividad productiva de las mujeres producen costos socioeconómicos que ascienden a los \$21.512 millones al año, el equivalente a 568 millones de dólares.** Esto significa que **si el Estado invirtiera en prevenir los embarazos en la adolescencia los ingresos generados por las mujeres podrían aumentar hasta 0,14% del PIB.**

Por otra parte, el **EA y la MT también producen costos para el Estado afectando al presupuesto público por reducción de ingresos e incremento de gastos.** En relación con los ingresos, los costos



En Argentina, los efectos indeseados del EA y la MT sobre la actividad productiva de las mujeres producen costos socioeconómicos que ascienden a los \$21.512 millones al año, el equivalente a 568 millones de dólares. Esto significa que si el Estado invirtiera en prevenir los embarazos en la adolescencia los ingresos generados por las mujeres podrían aumentar hasta 0,14% del PIB.

están vinculados a los ingresos fiscales no percibidos por mermas en la recaudación impositiva y con respecto a los gastos, el Estado financia la atención sanitaria de los embarazos, partos, puerperios y recién nacidos de MMA atendidos por el sistema público de salud.

Por el lado de los impuestos no percibidos, las estimaciones relacionadas con el **Impuesto al Valor Agregado y con el Impuesto a las ganancias abarcan pérdidas para 2018 de \$ 2.517,3 millones, equivalentes a USD 66,5 millones.**

En relación con los gastos afrontados por el Estado argentino en materia de atención sanitaria, estos pueden estimarse en **\$7.597 millones al año, equivalentes a 200 millones de dólares, para atender el embarazo, parto, puerperio y los/as recién nacidos/as de las madres adolescentes a través de los servicios brindados por el Sistema Público de Salud**. Si se tiene en cuenta que 7 de cada 10 embarazos no son intencionales, esto quiere decir que el Estado podría ahorrar cerca de \$5.320 millones por prevenir estos embarazos en la adolescencia. En este sentido, continuar con los esfuerzos que se vienen realizando desde 2017 en la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia a través de la implementación del Plan ENIA resulta clave no solo para potenciar los resultados de esta política que aborda una problemática urgente y de fuerte impacto social para los y las adolescentes de hoy y para las próximas generaciones,¹⁵ sino también desde el punto de vista del presupuesto público, ya que la disminución del embarazo no intencional en la adolescencia permitiría al Estado un significativo ahorro de recursos fiscales.¹⁶

Sumando ambas dimensiones relacionadas con los costos directamente asumidos por el Estado argentino, se obtiene un **total de pérdidas fiscales que, considerando reducción de ingresos e incremento de gastos, totalizan \$10.114,1 millones para 2018, equivalentes a USD 267 millones**.

¹⁵ Si bien aún no se cuenta con evaluaciones de impacto que permitan observar el peso de la contribución del Plan ENIA a la reducción de la tasa de fecundidad adolescente, la mayor reducción de esta tasa se dio –al menos entre 2017 y 2018– de manera concomitante con su vigencia. Por ello es de esperar que el mayor acceso a los anticonceptivos de larga duración y el fortalecimiento de la ESI y de las asesorías en salud integral para los y las adolescentes hayan contribuido a sostener y profundizar la reducción de la tasa de fecundidad adolescente observada: sólo el año pasado, cuando comenzó a implementarse el Plan ENIA en 12 provincias,

se registraron 6.961 nacimientos menos que en 2017 en chicas menores de 19 años, incluidos 143 casos menos de niñas menores de 15 años (Frenkel, 2019).

¹⁶ Es importante señalar que los diferentes efectos analizados son de características muy variadas, recaen sobre diferentes sectores de la sociedad, y no contemplan los efectos secundarios asociados, otras dimensiones e impactos en el comportamiento general de la actividad económica que no son captados por el modelo fiscal que generan los embarazos no intencionales prevenidos.

¿CUÁL ES EL IMPACTO SOCIAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA?

El EA y la MT también tiene impactos sociales de relevancia para las trayectorias de vida de las mujeres y para la sociedad en su conjunto.

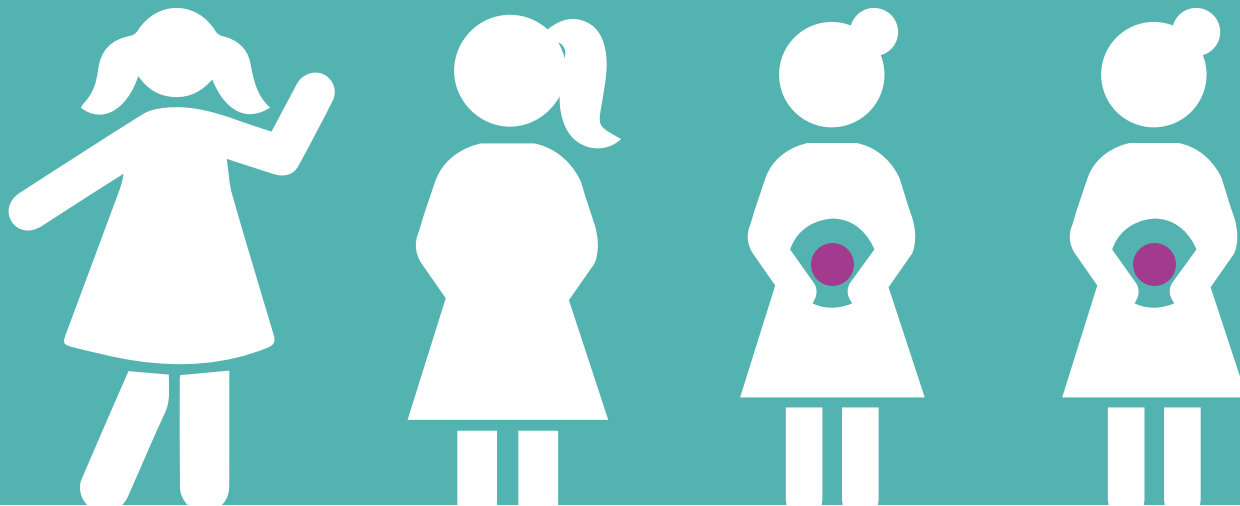
Por un lado, en Argentina, las mujeres que tienen un hijo/a en la adolescencia y experimentan tempranamente la maternidad alcanzan un menor nivel educativo: el 57% de las mujeres que han experimentado la MT tienen sólo estudios primarios, y sólo el 38% de ellas alcanza a completar la escuela secundaria. Esto tiene un impacto negativo sobre sus trayectorias de vida y las de sus familias, al disminuir las posibilidades de generar ingresos más altos a lo largo de su vida productiva. El efecto del EA y la MT sobre la acumulación de capital humano de las mujeres también tiene un impacto a nivel agregado: en Argentina, se estima que el abandono y el rezago educativo vinculados al EA y la MT representan para el país un costo o pérdida de \$10.914 millones al año, el equivalente a 288 millones de dólares.

Por otra parte, cada año mueren 35 mujeres entre 10 y 19 años por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Estas muertes **evitables implican una pérdida económica para la sociedad equivalente a \$181,8 millones de pesos al año (USD 4,8 millones)**, derivada de los 1.470 años de vida productiva de estas adolescentes fallecidas por causas relacionadas con su embarazo.

► cada año mueren

35 mujeres

entre **10** y **19** años por causas relacionadas con el **embarazo, parto o puerperio**



SECCIÓN

02.

Memoria de cálculo de la aplicación de la metodología MILENA
en la Argentina



01.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En esta sección se presentan los cálculos realizados a partir de la metodología MILENA para estimar el impacto socioeconómico del embarazo adolescente (EA) y la maternidad temprana (MT) en Argentina.¹⁷ Para esto, se tomó como población de estudio a las mujeres en rango de edad adulta y de trabajar (entre 20 años y 64 años) que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia (MMA).

La principal fuente de información que utiliza este trabajo en relación con el desempeño educativo, la participación laboral y los ingresos es la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que releva el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) con alcance nacional urbano.¹⁸ En todos los casos se realizan los procesamientos con las ondas trimestrales de la EPH correspondientes a los años 2017 y 2018 de manera de controlar factores estacionales que sesguen el análisis. En cada caso se indica el criterio temporal adoptado.

En relación con la problemática rural, se indagó en fuentes disponibles alternativas (Encuesta de Actividades de NNyA EANNA 2004, Encuesta Nacional del Gasto de los Hogares ENGHO 2005, Encuesta Nacional de Protección Social ENAPROSS RURAL 2015 y Censo Nacional de Población 2010) para tratar de incluir los costeos de algunas dimensiones ampliando al alcance territorial rural, pero los datos disponibles no permiten extraer conclusiones robustas que permitan considerarlos.

A su vez, las estimaciones realizadas fueron controladas con datos que surgen de otras fuentes tales como la Encuesta Nacional de Protección Social



Se tomó como población de estudio a las mujeres en rango de edad adulta y de trabajar (entre 20 años y 64 años) que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia (MMA).

(ENAPROSS) en lo referente a la definición de los grupos de mujeres y el vínculo familiar, la Encuesta de Condiciones de Vida de NNyA (Ecovna – MICS) en relación con la edad del primer hijo/a, las estadísticas disponibles por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) relacionadas con la proporción de mujeres que tuvieron hijo/a en la adolescencia, etc.

Para llevar a cabo la metodología se trabajó a partir de la comparación de dos grupos de mujeres madres: uno conformado por aquellas que fueron madres en la adolescencia (G1) y otro de comparación o contrafactual (G2), conformado por mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la primera década de su vida adulta (entre los 20 y los 29 años).

Para aislar potenciales sesgos y factores confundidores en la comparación entre los grupos de

mujeres se establecieron cotas de edad para ellas y para sus hijos/as. En primer lugar, se incluyen en el análisis sólo aquellas mujeres que vivían con hijos/as de hasta 17 años en el momento de la encuesta. El límite de edad de los hijos/as se introduce para minimizar el riesgo de inclusión de mujeres que conviven con hijos/as que trabajan, ya que el aporte de ingresos al hogar por parte de los hijos/as podría modificar la dinámica laboral de sus madres y consecuentemente introducir sesgos en las estimaciones de los costos de oportunidad.¹⁹ En segundo lugar, se establecen edades mínimas y máximas de 20 y 36 años para los dos grupos de mujeres. Estos límites se fijan de manera de posibilitar trayectorias de vida equivalentes para las mujeres de ambos grupos y para evitar sesgos en sus resultados educativos y laborales.²⁰ Como resultado, los grupos de mujeres quedan conformados como sigue:

GRUPO 1 (G1):

- ▶ Mujeres entre 20 y 36 años que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia (entre los 10 y 19 años), con primer hijo/a de hasta 17 años. Total: 691.550 mujeres (EPH promedio 2017-2018).

GRUPO 2 (G2):

- ▶ Mujeres entre 20 y 36 años que tuvieron su primer hijo/a en la primera década de la edad adulta (entre los 20 y 29 años), con primer hijo/a de hasta 17 años. Total: 385.755 mujeres (EPH promedio 2017-2018).

¹⁷ Si bien no existe una única definición universalmente aceptada sobre el rango etario asociado a la población adolescente, la metodología MILENA define como adolescente a toda persona entre los 10 y 19 años de edad.

¹⁸ El principal problema que nos plantea la EPH es la identificación directa de las madres con hijos/as que residen fuera del hogar. Dicha encuesta no pregunta a las mujeres si tuvieron hijos/as ni a qué edad, por lo que MILENA induce el vínculo madre-hijo/a y la edad de la madre al momento de tener su primer hijo/a a partir de la relación de parentesco y las diferencias de edad entre los miembros del hogar. Es por esto que los costos de oportunidad del EA y la MT se calculan para el total de las mujeres que fueron madres en la adolescencia que pueden captarse en la EPH a partir de este criterio. Es probable que las madres, y en particular, las MMA queden subrepresentadas por haber tenido hijos/as jóvenes que están emancipados y no viven con ellas al momento de la encuesta.

¹⁹ El límite de 17 años se establece teniendo en consideración tanto la definición de la Convención sobre los Derechos del Niño, que establece esa edad como límite a partir del cual las personas cumplen la mayoría de edad y pasan a la vida adulta, como la legislación laboral vigente en Argentina (<http://legales.com/Tratados/t/manual.htm#requisitos>), que establece esa misma edad como límite a partir del cual las personas pueden trabajar sin

permiso de los padres, encargados o tutores.

²⁰ Para definir las cotas de edad de las mujeres se tomaron varias consideraciones. Por un lado, a pesar de que la edad mínima legal para trabajar sin autorización de los padres o madres es de 18 años, se aumenta el límite mínimo de edad de las mujeres a 20 años para evitar el sesgo que introduciría en la estimación de costos de oportunidad educativos, incorporar en el análisis a las mujeres madres que todavía son adolescentes en el momento de la encuesta, ya que por su edad no han tenido tiempo de finalizar la educación secundaria alrededor de la edad teórica necesaria para ello. En el caso de la cota máxima de edad para las mujeres, esta se establece en 36 años de manera de igualar los intervalos de edad entre los grupos de mujeres y evitar sesgos en los resultados laborales. Siendo que el límite de edad para los hijos/as es 17 años, el grupo de mujeres que tuvo su primer hijo/a entre los 20 y 29 años quedaría conformado por mujeres de hasta 46 años, mientras que el grupo de mujeres que tuvo su primer hijo/a en la adolescencia (entre los 10 y 19 años) quedaría restringido a los 36 años por la misma cota máxima de edad de los hijos/as. Esta diferencia en los intervalos de edad podría introducir sesgos en las estimaciones de los costos de oportunidad, ya que entre los 36 y 46 años las mujeres se profesionalizan en su carrera laboral.

02.

ESTIMACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE EDUCACIÓN

En este apartado se presentan los cálculos realizados para medir el costo de oportunidad que generan el EA y la MT sobre el grado de escolarización de las mujeres en Argentina. Para esto se trabajó a partir de la comparación de los niveles educativos alcanzados por las mujeres del G1 y del G2 en base a los datos obtenidos de la Encuesta Perma-

nente de Hogares para los años 2017 y 2018. Para cada grupo se calculó la cantidad de mujeres que se ubican en cada una de las categorías (k) identificadas en el Cuadro 2, correspondientes a la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) y adaptadas para la aplicación de Milena 1.0 en Argentina.

CUADRO

2 Equivalencias de categorías para niveles alcanzados de escolarización CINE, Milena 1.0 y aplicación Milena Argentina

CINE 2011		Recategorización Metodología MILENA 1.0		Aplicación MILENA 1.0 Argentina	
k	Descripción	k	Descripción	k	Descripción
0	Educación preescolar	-		-	
1	Educación primaria o primer ciclo de educación básica	1	Educación primaria	1	Hasta educación primaria completa
2	Primer ciclo de secundaria o segundo ciclo de la educación básica	2	Educación secundaria	2	Educación secundaria completa
3	Segundo ciclo de secundaria				
4	Post-secundaria no terciaria	3	Educación terciaria	3	Educación Terciaria completa
5	Educación terciaria de ciclo corto				
6	Grado, pregrado, bachillerato universitario, <i>bachelor</i> , primer ciclo de licenciatura o equivalente	4	Educación Universitaria	4	Educación universitaria completa
7	Maestría, máster, segundo ciclo de licenciatura o equivalente	5	Estudios de posgrado	5	Estudios de posgrado completos
8	Doctorado o equivalente				

Fuente: elaboración propia en base a Milena 1.0

A partir de esta clasificación se estiman los costos de oportunidad que conllevan el EA y la MT sobre la educación de las mujeres (COEdu). Para esto, se parte de calcular las brechas de escolarización que presentan las mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia respecto de las mujeres que postergaron su maternidad. En segundo lugar, se valorizan esas brechas de acuerdo a los ingresos laborales que perciben las mujeres según el nivel educativo alcanzado.

Siendo las brechas de escolarización por nivel educativo k:

$$\beta_k^{edu} = m_k - ma_k$$

Donde m_k y ma_k son las tasas de escolarización por nivel educativo alcanzadas por las mujeres que

retrasaron su maternidad a la primera década de su vida adulta y las mujeres que fueron madres en la adolescencia, respectivamente.

A partir de la estimación de las brechas de escolarización por nivel educativo, se calcula el Costo de oportunidad de la educación debido al EA y la MT (COEdu):

$$COEdu = \left[\sum_{k=1}^5 (m_k - ma_k * Sf_k) \right] * MA * tof$$

donde Sf_k es el ingreso laboral anual de las mujeres por nivel educativo alcanzado, MA es la cantidad total de mujeres que fueron madres en la adolescencia, y tof la tasa de ocupación de las mujeres.

CUADRO

3 Escolarización alcanzada de las mujeres, brecha de escolarización de las mujeres que fueron madres en la adolescencia e ingresos laborales anuales de las mujeres por nivel educativo.

En % y \$ 2018

Nivel de escolarización alcanzado (k)	Mujeres de 20 o más años que fueron madres en la adolescencia (mak) (N=385.755)	Mujeres de 20 o más años que fueron madres entre los 20 y 29 años (mk) (N=691.550)	Brecha de escolarización (mk - mak)	Ingresos laborales anuales de las mujeres de 20 o más años (Sfk)
1 - Hasta primaria completa	57%	29%	-28 pp	\$ 99.379
2 - Secundaria completa	38%	55%	17pp	\$ 161.446
3 - Terciaria completa	3%	10%	7pp	\$ 219.320
4 - Universitaria de grado completo	1%	5%	4pp	\$ 326.077
5 - Posgrado completo	0%	0%	0pp	\$ 408.024
Total	100%	100%		\$ 180.023

Fuente: elaboración propia en base a EPH (promedio 2017-2018 para las tasas y \$ 2018 para los ingresos).

El cuadro 3 incluye los valores de las variables para el cálculo de COEdu en la Argentina. Con esos valores puede estimarse que las brechas de profesionalización β_{k4}^{edu} y de educación secundaria debido al EA y la MT en Argentina son:

$$\beta_{k4}^{edu} = m_{k4} - ma_{k4} = 5\% - 1\% = 4 \text{ pp}$$

$$\beta_{k2}^{edu} = m_{k2} - ma_{k2} = 55\% - 38\% = 17 \text{ pp}$$

Y que el costo de oportunidad de la educación debido al EA y la MT asciende en Argentina a:

$$COEdu = \left[\sum_{k=1}^5 (m_k - ma_k) * Sf_k \right] * MA * tof$$

$$COEdu = [\$28.942,69] * 874.715 * 0,4311250$$

$$COEdu = \$10.914.623.796$$

ESTIMACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE PARTICIPACIÓN LABORAL Y EMPLEO

▶ En esta sección se presentan los cálculos realizados para medir el costo de oportunidad de la disponibilidad para el mercado laboral (COD_t) y el costo de oportunidad del empleo (COE_t) en relación al EA y la MT en Argentina.

Así a partir de las categorías que se desprenden del **Gráfico 12**, se tienen las siguientes tasas relevantes:

- ▶ Tasa de inactividad (t_i) = PEI/PET.
- ▶ Tasa de ocupación (t_o) = Ocupados/PET. También conocida como tasa de empleo.
- ▶ Tasa de desempleo (t_d) = Desocupados/PEA. También conocida como tasa de paro.

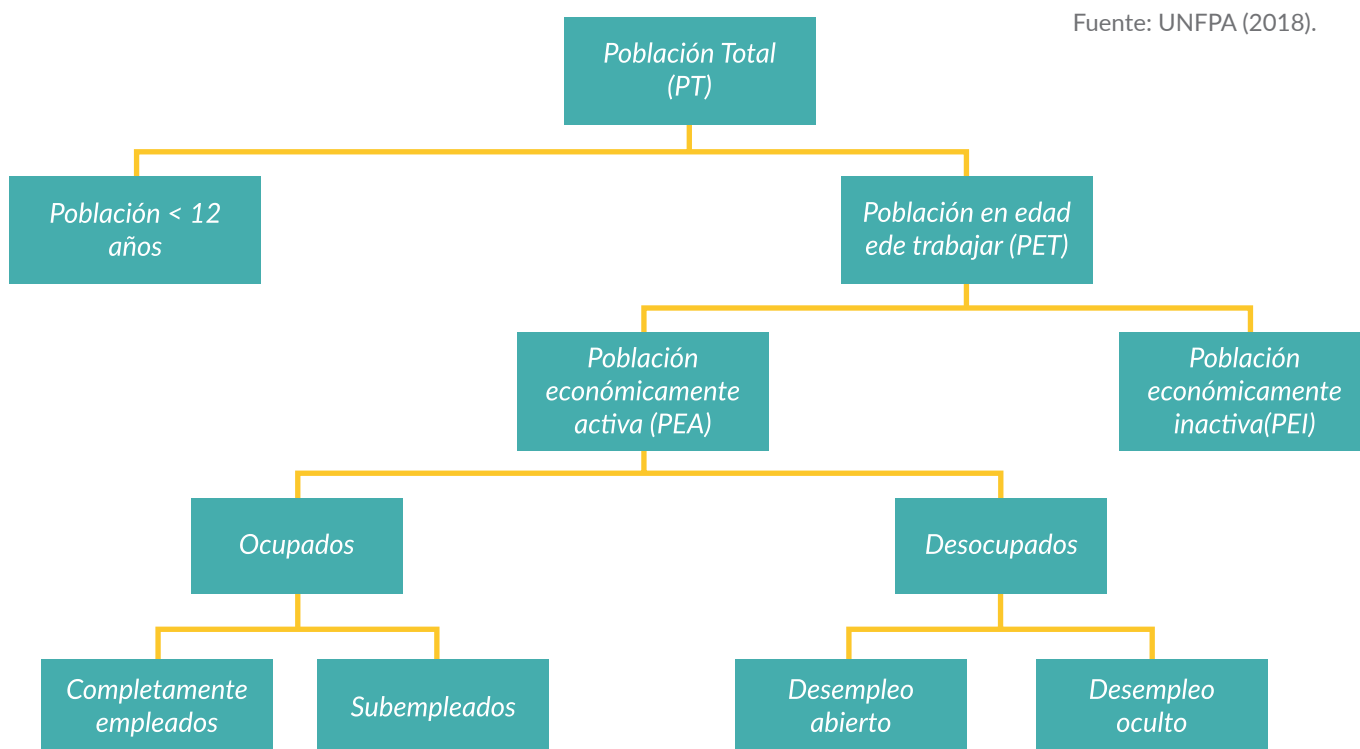
La medición estadística tradicional de la fuerza laboral se complementa con las MMA clasificadas como población económicamente inactiva -o población inactiva-, que incluye a aquellas MMA que, estando en edad de trabajar, consideran que no pueden, no necesitan o no están interesadas en detentar un empleo remunerado en el mercado laboral.

En cuanto a la población de MMA que se encuentra en condición de desempleo, la metodología MILENA establece que está compuesta por aquellas

mujeres que, estando en disposición y disponibilidad para trabajar, no han conseguido un empleo remunerado en el período de referencia.

Si se toma solo el desempleo no se visibiliza parte del efecto del EA y la MT sobre la participación laboral, ya que en la clasificación de "inactivas" pueden ubicarse aquellas mujeres que no tienen disposición en ingresar al mercado laboral por diferentes motivos. Para un reconocimiento de la estructura de la población clasificada como "inactiva", ver (Hincapié & Parra, 2015).

Clasificación laboral de la población, según los sistemas nacionales de estadísticas



De esta forma, para estimar el costo de oportunidad de la disponibilidad para el mercado laboral se consideran los siguientes indicadores:

- tif_t^{ma} ▶ tasa específica de inactividad de mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia (MMA).
- tif_t^m ▶ tasa específica de inactividad de mujeres que tuvieron su primer hijo/a en edad adulta.
- tof_t ▶ tasa específica de ocupación en mujeres.
- PET_t^{ma} ▶ tasa específica de inactividad de mujeres que tuvieron su primer hijo/a en edad adulta.
- Sf_t ▶ salario anual promedio en mujeres.

Para la aplicación en la Argentina, se decidió utilizar el promedio simple de las observaciones expandidas captadas por la EPH/INDEC durante los años 2017 y 2018. En promedio esas estimaciones arrojan los siguientes datos:

- tif_t^{ma} ▶ 0,4953
- tif_t^m ▶ 0,3961
- tof_t ▶ 0,4311
- PET_t^{ma} ▶ 874.715
- Sf_t ▶ \$180.023²¹

²¹ En el caso del salario se utilizaron únicamente los datos de los 4 trimestres 2018 y el valor resultante es el promedio simple de esas 4 observaciones.

La brecha de actividad entre las mujeres MMA y las mujeres que tuvieron su primer embarazo en edad adulta (βa_t) está dado por:

$$\beta a_t = (tif_t^{ma} - tif_t^m) / tif_t^m$$

$$\beta a_t = (0,4953 - 0,3961) / 0,3961 = 0,2504$$

Esta brecha indica que las mujeres MMA tienen una inactividad 25,04% por ciento mayor que las mujeres que fueron madres en la edad adulta o, dicho de otro modo, tienen 25,04% por ciento menos disponibilidad laboral. Si se invirtiera en la prevención del EA y en evitar las consecuencias adversas del EA y la MT sobre la actividad económica (disponibilidad laboral), la inactividad en las MMA se podría ver reducida en 20,03%:

$$\frac{-\beta a_t}{(1 + \beta a_t)} = (tif_t^m - tif_t^{ma}) / tif_t^{ma}$$

$$\frac{-\beta a_t}{(1 + \beta a_t)} = (0,3961 - 0,4953) / 0,4953 = -0,2003$$

Así, el costo de oportunidad de estar dispuesta para el mercado laboral, debido al EA y la MT (COD_t) está dado por:²²

$$COD_t = (tif_t^{ma} - tif_t^m) * PET_t^{ma} * tof_f * Sf_t$$

$$COD_t = (0,4953 - 0,3961) * 874.715 * 0,4311 * \$180.023,24$$

$$COD_t = \$6.729.874.776,7$$

El costo de oportunidad COD indica la pérdida estimada de ingresos por la no disponibilidad laboral de las mujeres, debido al EA y, principalmente, a las labores domésticas asociadas a la MT.

Por su parte, es de interés estimar el costo de oportunidad del empleo (COE_t), que puede calcularse a partir de la PEA que contempla a las mujeres que tienen un empleo remunerado, y de las que están buscando uno. Dicho de otra forma, la PEA indica la oferta o disponibilidad de trabajo para la economía. Para medir el costo de oportunidad del empleo, en esta dimensión nos concentramos en la PEA y su segmento de desempleo.

Las variables en cuestión expresan los siguientes conceptos:

tdf_t^{ma} ▶ tasa específica de desempleo de mujeres que fueron madres desde la adolescencia (MMA).

tdf_t^m ▶ tasa específica de desempleo de mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la edad adulta.

PEA_t^{ma} ▶ población económicamente activa de mujeres que fueron madres desde la adolescencia (MMA), sin importar la edad del hijo/a.

Para la aplicación en la Argentina, se decidió utilizar el promedio simple de las observaciones expandidas captadas por la EPH/INDEC durante los años 2017 y 2018. En promedio esas estimaciones arrojan los siguientes datos:

tdf_t^{ma} ▶ 0,0767

tdf_t^m ▶ 0,0632

PEA_t^{ma} ▶ 472.597

²² De acuerdo con la clasificación laboral tradicional, se hablaría del costo de oportunidad de estar "económicamente activa".

La brecha de empleo entre las MMA y las mujeres que aplazaron su primer embarazo para la edad adulta (βe_t) está dado por:

$$\beta e_t = (tdf_t^{ma} - tdf_t^m) / tdf_t^m$$

$$\beta e_t = (0,0767 - 0,0632) / 0,0632 = 0,2142$$

Esta brecha indica que las mujeres MMA tienen un desempleo 21,42% por ciento mayor que las mujeres que fueron madres en la edad adulta. Si se invirtiera en la prevención del EA y en evitar las consecuencias adversas del EA y la MT sobre el empleo, el desempleo en las MMA se podría ver reducido hasta en:

$$\frac{-\beta e_t}{(1 + \beta e_t)} = (tdf_t^m - tdf_t^{ma}) / tdf_t^{ma}$$

$$\frac{-\beta e_t}{(1 + \beta e_t)} = -0,2142 / (1 + 0,2142) = -0,1763$$

Esto último también indica el número potencial de mujeres que podrían estar empleadas si se invirtiera en la prevención de los EA o en evitar los efectos de la MT. Si esto sucediera, las MMA podrían lograr mayores niveles educativos y mayor experiencia laboral que, a su vez, les permitiría mejores niveles de empleo. Así, el costo de oportunidad del empleo remunerado está dado por:

$$COE_t = (tdf_t^{ma} - tdf_t^m) * PEA_t^{ma} * Sf_t$$

$$COE_t = (0,0767 - 0,0632) * 472.597 * \$180.023,24$$

$$COE_t = \$1.150.589.332,9$$

Este costo de oportunidad indica la pérdida estimada de ingresos vinculada a la brecha de empleo de las mujeres MMA, debido al EA y, principalmente, a las labores no remuneradas asociadas a la MT.

04.

ESTIMACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE INGRESO LABORAL

▶ En esta sección se presentan los cálculos realizados para medir el costo de oportunidad del ingreso laboral o salarios (COS_t) debido al EA y la MT. El mismo se estima a partir de calcular la brecha salarial entre las mujeres MMA y aquellas que pospusieron su primer embarazo a una edad adulta, teniendo en cuenta los efectos socioeconómicos del EA y la MT sobre el nivel educativo alcanzado y la experiencia laboral acumulada.

Si se considera la variable:

Sf_t^{ma} ▶ salario anual promedio de las mujeres MMA en Argentina en el año 2018 (\$123.647,4 anuales)

Se entiende que la brecha salarial entre las MMA y las mujeres que pospusieron su primer embarazo a una edad adulta está dada por:

$$\beta S_t^{ma} = 1 - \left(\frac{Sf_t^{ma}}{Sf_t^m} \right)$$
$$\beta S_t^{ma} = 1 - (\$ 123.647,4 / \$ 159.794,9) = 0,2262$$

Esta brecha indica que los ingresos de las mujeres MMA son un 22,62% por ciento inferiores a los de las mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la edad adulta. Si se invirtiera en la prevención del EA y evitar las consecuencias indeseadas de la MT, se podría ver un aumento de los ingresos de hasta:

$$\frac{\beta S_t^{ma}}{(\beta S_t^{ma} - 1)} = \left(\frac{Sf_t^m}{Sf_t^{ma}} \right) - 1$$
$$\frac{\beta S_t^{ma}}{(\beta S_t^{ma} - 1)} = 0,2262 / (0,2262 - 1) = 0,2923$$

Así, el costo de oportunidad de los salarios por EA y MT está dado por:

$$COS_t = (Sf_t^m - Sf_t^{ma}) * PET_t^{ma} * tof_t$$
$$COS_t = (\$ 159.794,9 - \$ 123.647,4) * 874.715 * 0,4311$$
$$COS_t = \$ 13.631.664.510$$

Este costo de oportunidad indica la pérdida de ingresos por la brecha salarial de las mujeres MMA.

ESTIMACIÓN DE LA DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA

- ▶ En este apartado se presentan los cálculos para valorizar los efectos del EA y la MT sobre dos dimensiones: por un lado sobre la salud de las MMA y sus hijos/as y por otro sobre los costos asociados a la atención sanitaria de los embarazos, partos y recién nacidos/as (RN).

COSTOS DEL EA Y LA MT EN TÉRMINOS DE LOS DESENLAZOS DE SALUD PÚBLICA

- ▶ Para considerar los costos médicos del embarazo en la adolescencia (dimensión salud pública) la metodología MILENA parte de medir la mortalidad materna en adolescentes y de allí estimar los años de vida potencial perdidos vinculados a ella. La primera variable considerada es, entonces, la razón de mortalidad materna en adolescentes (RMMA). Luego,

se calculan los años de vida potencial perdidos (AVP), los años perdidos de vida productiva potencial (AVPP) y la pérdida social o productiva por la mortalidad materna en adolescentes (PSMMA).

Para calcular la Razón de mortalidad materna en adolescentes (RMMA) se tiene que:

$$RMMA = \frac{\text{Número de muertes de mujeres (10 a 19) por causas relacionadas con el embarazo}}{\text{Número de nacimientos}} \times 100.000$$

Según los registros de Estadísticas Vitales llevados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en los últimos 5 años murió un promedio de 35 mujeres entre 10 y 19 años al año por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.²³ Considerando que según la misma fuente se registraron un promedio de 108.955 nacimientos de

²³ Ver Cuadro 1.

madres adolescentes al año en el mismo período, la RMMA resultante es de 31,9 muertes maternas por cada 100 mil nacidos/as vivos.

$$RMMA_{prom\ 2013-2017} = \frac{35}{108.955} \times 100.000$$

$$RMMA_{prom\ 2013-2017} = 31,9$$

Para calcular los años de vida potencial perdidos (AVP) por causa de los EA se tiene que:

$$AVP = N * (Esperanza\ de\ vida - \overline{E_f}),$$

siendo $\overline{E_f}$ la edad promedio de fallecimiento por causa del embarazo.

En Argentina los AVP perdidos por año son:

$$AVP_{prom\ 2013-2017} = 35 * (88,4 - 17)$$

$$AVP_{prom\ 2013-2017} = 2.255$$

Por las características de la fuente de información no es posible conocer las edades simples de las niñas y adolescentes que murieron por causas maternas en los intervalos de edad 10 a 14 y 15 a 19 años, por lo que se estima la edad promedio de fallecimiento de estas mujeres como la mediana del intervalo de edad de 15 a 19 años -17 años-, toda vez que las muertes de madres adolescentes en este intervalo de edad representan el 96% de las muertes maternas registradas durante el período considerado. Siendo que la esperanza de vida al nacer para las mujeres en Argentina es de 88,4 años,²⁴ que la edad promedio de fallecimiento de mujeres adolescentes por causas relacionadas con el embarazo ($\overline{E_f}$) se asume en 17 años y que el número de muertes de adolescentes por causas relacionadas con el embarazo asciende a 35

muerres al año (promedio 2013-2017), se tiene que en Argentina cada año se pierden 2.255 años potenciales de vida de las adolescentes fallecidas por causas relacionadas con su embarazo.

Estas muertes maternas adolescentes también implican costos de oportunidad para la sociedad en términos de la vida productiva potencial (AVPP) que se pierde.

Para calcular los años de vida potencial perdidos (AVP) por causa de los EA se tiene que:

$$AVPP_1 = N * (Edad\ de\ retiro - EIL) \quad \text{si} \quad \overline{E_f} < EIL$$

$$AVPP_2 = N * (Edad\ de\ retiro - \overline{E_f}) \quad \text{si} \quad \overline{E_f} \geq EIL$$

siendo $\overline{E_f}$ la edad promedio de fallecimiento por causa del embarazo y EIL la edad de inicio de la actividad laboral.

Considerando que el inicio de la vida laboral en Argentina es a los 18 años²⁵ y la edad de retiro de las mujeres es a los 60 años, los AVPP ascienden a 1.470 al año. Esto quiere decir que cada año en Argentina se pierden 1.470 años de vida productiva de las adolescentes fallecidas por causas relacionadas con el embarazo.

Siendo que la pérdida social o pérdida productiva por la mortalidad materna en adolescentes (PSMMA) viene dada por:

$$PSMMA = (AVPP) * S f_t^{ma}$$

donde AVPP son los años de vida productivos perdidos y $S f_t^{ma}$ es el Ingreso laboral anual promedio de mujeres que tuvieron su primer hijo/a en la adolescencia y se considera que en el caso de Argentina por cada año de vida productiva de estas adolescentes fallecidas podrían generarse ingresos

anuales por \$123.647, la mortalidad materna en adolescentes implica una pérdida económica equivalente a \$181,8 millones de pesos anuales (USD 4,8 millones) en el país:

$$PSMMA = 1.470 * \$123.647 = \$181.761.607$$

COSTOS DE ATENCIÓN SANITARIA DE LOS EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

- ▶ Argentina no cuenta con antecedentes de estimaciones de costos de atención sanitaria del EA. Para estimar los costos asociados a esta dimensión, es decir, para aproximar los gastos que realiza el Estado para la atención sanitaria de los embarazos, partos y recién nacidos/as de madres adolescentes que se atienden en este subsector, se desarrolló un microcosteo a partir de la estilización de un modelo de atención sanitaria del EA que contempla las principales líneas de cuidado que deben considerarse para la atención de esta población. A su vez, para cada una de estas líneas, se contemplaron las prácticas y prestaciones mínimas que debe garantizar el Estado para su atención en base a las mejores evidencias disponibles.

El modelo de atención sanitaria del EA fue construido a partir de la identificación y análisis de consistencia de las principales fuentes de datos estadísticos, las normas de atención ambulatorias y de internación durante el embarazo, parto

y puerperio normal y de los principales eventos obstétricos.

En primer lugar, tomando como base el Plan de Servicios de Salud (PSS)²⁶ del Programa PACES (ex SUMAR), el modelo incluido en UNFPA (2017) y la opinión de expertos, se identificaron 18 líneas de cuidado y atención sanitaria para el embarazo, parto, puerperio y atención de los/as recién nacidos/as de madres adolescentes en Argentina, divididas en 4 grupos:

- ▶ *Atención sanitaria de EPyP y RN sin riesgos ni complicaciones, es el “módulo base” que incluye las prácticas y prestaciones que deben darse para los cuidados de rutina durante el período prenatal, el parto, y el puerperio y la atención de los/as RN vivos/as de las adolescentes.*

²⁴ Estimaciones y proyecciones del INDEC elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, disponibles en <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

²⁵ Si bien en la Encuesta Permanente de Hogares la Población en edad de trabajar se define a partir de los 10 años para la construcción de los indicadores del mercado de trabajo, para calcular los APVP se toman los 18 años de edad como inicio de la vida laboral, ya que esta edad responde al límite de edad establecido por la

CDN, a partir de la cual los niños y las niñas cumplen la mayoría de edad, y además es la edad a partir de la cual las personas pueden trabajar sin permiso de los padres, madres, encargados/as o tutores/as según la legislación laboral vigente en Argentina (<http://legales.com/Tratados/t/manual.htm#requisitos>).

²⁶ El PSS es un conjunto de más de 400 prestaciones priorizadas que financia el Programa SUMAR y en el que se identifican 47 líneas de cuidado que resultan esenciales para el buen cuidado de la salud.

II

- ▶ *Atención ambulatoria de riesgos en el embarazo, que incluye las líneas de cuidado relacionadas con la atención ambulatoria de los problemas de salud más prevalentes durante el embarazo de las adolescentes (anemia aguda, hipertensión, diabetes, hemorragia del 1er trimestre, infecciones de las vías genitourinarias y sífilis).*

III

- ▶ *Atención de complicaciones obstétricas con internación, que incluye las líneas de cuidado para la atención de las complicaciones obstétricas que requieren internación.*

IV

- ▶ *Atención del RN con complicaciones, que incluye las líneas de cuidado para la atención de los/as recién nacidos/as con peso menor a 2500 gramos y de RN mayores de 2500 gramos que presentan otras complicaciones que requieren de cuidados especiales.*

Las 18 líneas de cuidado y los grupos enunciados se presentan en el Cuadro 4.



Se identificaron 18 líneas de cuidado y atención sanitaria para el embarazo, parto, puerperio y atención de los/as recién nacidos/as de madres adolescentes en Argentina

Modelo de atención sanitaria: líneas para el cuidado y la atención del embarazo, parto, puerperio y atención de los y las RN de madres adolescentes en Argentina

1. Atención sanitaria de EPyP y RN sin riesgos y complicaciones (módulo base)

- 1.1. Cuidados prenatales
- 1.2. Atención del parto y RN
- 1.3. Cuidados puerperio

Fuente: Elaboración propia.

Atención ambulatoria de riesgos en el embarazo

2. Anemia aguda
3. Hipertensión
4. Diabetes
5. Hemorragia 1er trimestre
6. Infecciones de las vías genitourinarias
7. Sífilis

Atención de complicaciones obstétricas con internación (CO)

8. CO hemorragia posparto
9. CO diabetes gestacional
10. CO amenaza de parto prematuro
11. CO parto prematuro
12. CO Emergencias hipertensivas
13. CO sepsis puerperal
14. CO Ruptura prematura de membranas
15. CO infecciones de las vías genitourinarias
16. Abortos con internación

Atención de RN con complicaciones

17. Atención RN bajo peso (<2500gr)
18. Atención de complicaciones de RN > 2500gr

En segundo lugar, para cada una de estas 18 líneas de atención/cuidado se identificó el conjunto de prácticas, prestaciones e insumos mínimos para su atención sanitaria, indicando la naturaleza de las prácticas, las cantidades y las tasas de uso en cada caso en función a la mejor evidencia disponible. En algunos casos, se diferenciaron módulos de atención para distintos subgrupos dentro de una misma línea de cuidado, tal que refleje las vías de abordaje indicadas para la atención de acuerdo a las presentaciones clínicas y la severidad que se pudieran presentar en cada uno de ellos.

Como resultado de este ejercicio, se obtuvieron las “funciones de producción” de atención sanitaria, o módulos de atención para cada una de las 18 líneas de atención y cuidado y subgrupos de diagnóstico correspondientes.²⁷ De la misma manera que para los casos sin complicaciones, los 17 módulos de atención de los problemas de salud se construyeron identificando para cada caso las prestaciones, prácticas y tratamientos que son adicionales a las identificadas para el módulo base, de manera de poder cuantificar los costos adicionales en los que se incurre para la atención de estos diagnósticos en función de las prevalencias y casos estimados en cada caso.

En tercer lugar, se identificaron costos unitarios para las prácticas/prestaciones e insumos incluidos en los distintos módulos de atención. Para ello se promediaron valores de 4 nomencladores de recuperado de gastos del sector público:

I Hospitales de Gestión Pública Descentralizada.

II Nomenclador de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

III Nomenclador de Neuquén.

IV Nomenclador de Santa Cruz ^{28,29}

Asimismo, para los costos unitarios de la atención del parto y RN del módulo base se tomaron los valores de los módulos de Parto y Cesárea de la Base de Costos Unitarios del IECS. Para el caso de los medicamentos excluidos de los nomencladores se consideró el 85% del precio publicado en la guía

²⁷ Los subgrupos de atención y las funciones de producción se dedujeron a partir de las normas de atención y a los datos estadísticos. En aquellos casos en los que se obtuvo más de una norma de atención, se priorizó la más actualizada, y para aquellos para los cuales no se encontraron normas de atención sistematizadas o bases de datos que permitieran calcular las tasas de uso de las prácticas/prestaciones identificadas se recurrió a la opinión de expertos. Las fuentes de datos estadísticos relevados y las normas de atención consultadas pueden encontrarse en la sección de Referencias bibliográficas.

²⁸ Los hospitales y centros de atención de la salud del subsector público en general se financian con presupuesto público de sus jurisdicciones y no tienen posibilidad de autofinanciamiento, pero sí tienen la posibilidad de recuperar costos por los servicios brindados a los afiliados de los otros subsectores (obras sociales y medicina prepaga) a partir de la facturación de las prestaciones realizadas, manteniendo así la cobertura gratuita y universal del subsistema público de salud. Los nomencladores de recuperado de gastos son el instrumento mediante el cual las autoridades sanitarias de las distintas jurisdicciones establecen valores y normatizan la facturación de las prácticas y prestaciones a terceros pagado-

res. La frecuencia de su actualización varía en cada jurisdicción, y ha tendido a aumentar en los últimos años en respuesta al contexto de alta inflación. Si bien los aranceles incluidos en los nomencladores no son estrictamente “costos de atención” del sector público, la falta de ejercicios de costeo en este subsector convierte a estos instrumentos en la mejor fuente de información sistematizada y oficial disponible para valorizar los módulos de atención sanitaria.

²⁹ Los precios y costos unitarios pueden variar significativamente en las distintas jurisdicciones del país, siendo las provincias del sur las que presentan valores más elevados (por la ubicación y dispersión geográfica y la baja densidad poblacional que encarece la prestación de servicios). El promedio de los 4 nomencladores utilizados resulta la mejor alternativa para considerar este factor de dispersión de precios en las distintas partes del país atendiendo a la disponibilidad de información pública. En todos los casos se analizaron las normas de facturación de los nomencladores para controlar y homogeneizar las inclusiones/exclusiones de las prácticas y prestaciones nombradas, de manera de promediar valores equivalentes en cada caso.

Kairos.³⁰ Para el caso de los métodos anticonceptivos, vacunas y hierro y ácido fólico se tomaron los valores aportados por las Direcciones/Programas de la Secretaría de Salud de la Nación que realizan la compra centralizada y distribuyen a todo el territorio nacional.³¹ Los valores de los costos unitarios utilizados corresponden actualizaciones de los nomencladores para el año 2018 o enero 2019 y de un promedio de los precios de los medicamentos según la base Kairos para el mismo período. Las unidades de medicamentos se estimaron de acuerdo a las dosis y duración de tratamientos recomendados como de primera elección y se promediaron de acuerdo a la prevalencia y duración media de los tratamientos.

Por último, para la identificación de la población atendida por el subsector público de salud para las 18 líneas de atención/cuidado se tomaron como base tres fuentes de información de la Secretaría de Salud de la Nación: el Sistema de Estadísticas Vitales, el Sistema de Estadísticas de Servicios de Salud, ambos a cargo de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), y el Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G), implementado por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA).

Para estimar los gastos incurridos para el cuidado de rutina de los embarazos, partos, puerperios (EPyP) y RN de madres adolescentes sin riesgos ni complicaciones atendidos por el subsistema público de salud (módulo base) se utilizó la cantidad de NV de adolescentes en establecimientos oficiales de salud- promedio 2013-2017 (DEIS): 83.788 casos al año. Para determinar la cantidad de casos de atención ambulatoria por riesgos presentados en el embarazo de las adolescentes se tomaron las prevalencias por patología identificadas por los

registros del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) (último año disponible). Para estimar los casos atendidos por complicaciones obstétricas que requirieron la internación de las adolescentes se tomó el Sistema de Estadísticas de Servicios de Salud como fuente, que registra los Egresos Hospitalarios por clasificación CIE-10 (se tomó el promedio de casos registrados en 2012-2015 -últimos años con información disponible). Esta fuente se utilizó también para estimar las prevalencias y cantidad de casos de partos vaginales y cesáreas atendidos en el sector público de salud e incluidos en el módulo base. Por último, para determinar la cantidad de RN con bajo peso se tomó la cantidad de NV anuales de madres adolescentes por peso al nacimiento de los registros de Estadísticas Vitales de la DEIS (promedio para los años 2013-2017), y la prevalencia de casos de RN con otras complicaciones (como malformaciones, RN deprimidos graves, casos de aspiración de meconio o infección neonatal precoz) se obtuvo del SIP-G y de la opinión de expertos. No se consideran en el microcosteo los costos de atención de los RN menores de 500 gramos dada la baja prevalencia y la alta tasa de mortalidad neonatal temprana que presentan estos casos.

El Cuadro 5 presenta la estimación de gastos anuales incurridos por el subsector público de salud para la atención de cada una de las 18 líneas y subgrupos de atención identificados. En cada caso se incluye la estimación de los costos unitarios por caso atendido -construido a partir de la valorización de los módulos de atención identificados para cada subgrupo-, la prevalencia y la estimación de los casos atendidos al año para cada línea, y los gastos anuales identificados tanto en moneda nacional como en dólares estadounidenses.³²

³⁰ Las autoridades sanitarias de las distintas jurisdicciones subnacionales facturan los medicamentos excluidos en los nomencladores a valor Kairos menos un % de descuento que varía en cada jurisdicción de acuerdo al poder de negociación de la jurisdicción al momento de adquirir los medicamentos. A los efectos de este ejercicio se toma el descuento de 15%, incluido en las normas de facturación del Nomenclador Globalizado de la Provincia de Neuquén.

³¹ Programa CUS Medicamentos para ácido fólico y hierro, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable para los métodos anticonceptivos y Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles para las vacunas.

³² El modelo completo de atención sanitaria del EA incluyendo los 18 módulos de atención elaborados para el microcosteo que sirve de base para las estimaciones de esta dimensión se encuentran en Frenkel y Sanchez Cabezas (2019).

CUADRO

5

Estimación de costos anuales para la atención sanitaria del embarazo en la adolescencia por líneas de cuidado y subgrupos de atención.

En \$ y USD 2018

	Costo Unitario (\$)	Prevalencia	Casos anuales (NS)	Gasto	
				\$	USD
1. Atención sanitaria de EPyP y RN sin riesgos y complicaciones (módulo base)	\$ 58.430	100%	83.788	4.895.699.748	129.224.598
1.1 Cuidados prenatales	\$ 25.553	100,00%	83.788	2.141.036.901	56.513.808
RH positivas	\$ 19.074	90,00%	75.409	1.438.123.235	37.960.028
RH negativas	\$ 25.553	10,00%	8.379	214.103.690	5.651.381
1.2 Atención del parto y RN	\$ 31.670	100,00%	83.788	2.653.604.502	70.043.302
Parto vaginal	\$ 28.789	80,00%	67.030	1.929.735.504	50.936.395
Cesárea	\$ 43.196	20,00%	16.758	723.858.998	19.106.907
1.3 Cuidados puerperio	\$ 1.206	100,00%	83.788	101.058.345	2.667.489
Atención ambulatoria de riesgos en el embarazo	\$ 5638	-	85.296	480.933.702	12.694.501
2. Anemia aguda	\$ 4057	63,50%	53.205	215.876.065	5.698.164
Diagnosticada antes de las 20 semanas	\$ 4.586	49,00%	41.056	188.296.607	4.970.189
Diagnosticada después de las 20 semanas	\$ 2.270	14,50%	12.149	27.579.458	727.974
3. Hipertensión	\$ 34.410	7,30%	6.117	210.470.220	5.555.473
Hipertensión inducida por el embarazo	\$ 27.806	3,90%	3.268	90.861.494	4.398.337
Preeclampsia leve	\$ 41.986	3,40%	2.849	119.608.726	3.157.136
4. Diabetes (DBT)	\$ 87.349	0,40%	335	29.275.334	772.738
DBT normoglucemia en ayunas, tratamiento sólo con dieta	\$ 8.779	0,04%	34	294.240	7.767
DBT hiperglucemia en ayunas o tratamiento con insulina	\$ 96.079	0,36%	302	28.981.094	764.971
5. Hemorragia 1er trimestre	\$ 1.871	1,20%	1.005	1.880.781	49.644
6. Infecciones de las vías genitouterinas	\$ 1.004	14,90%	12.484	12.531.119	330.766
7. Sífilis	\$ 897	14,50%	12.149	10.900.182	287.716
Atención de complicaciones obstétricas con internación (CO)	\$ 19.491	-	35.506	692.060.391	18.267.302
8. CO hemorragia posparto	\$ 18.826	3,00%	2.516	47.369.003	1.250.330
Sin histerectomía	\$ 18.779	3,00%	2.514	47.204.182	1.245.979
Con histerectomía	\$ 65.571	0,00%	3	164.822	4.351
9. CO diabetes gestacional	\$ 75.931	0,45%	381	28.929.642	763.613
10. CO amenaza de parto prematuro (APP)	\$ 18.409	9,58%	8.028	147.789.831	3.900.991
APP sin diabetes	\$ 16.449	9,10%	7.624	125.412.051	3.310.318
APP con diabetes gestacional	\$ 55.410	0,48%	404	22.377.781	590.673
11. CO parto prematuro	\$ 8.225	9,30%	7.791	64.078.378	1.691.383
12. CO Emergencias hipertensivas	\$ 24.023	2,87%	2.408	57.847.192	1.526.907
Preclamsia grave	\$ 9.852	2,1%	1.753	17.269.018	455.825
Eclampsia	\$ 61.933	0,4%	294	18.208.155	480.614
Síndrome de Hellp	\$ 61.933	0,4%	361	22.370.019	590.469
13. CO sepsis puerperal	\$ 64.668	0,47%	397	25.673.265	677.659
14. CO Ruptura prematura de membranas	\$ 31.254	2,11%	1.767	55.225.347	1.457.702
Embarazo mayor a 34 semanas	\$ 4.112	1,48%	1.237	5.086.545	134.262
Embarazo 24 a 34 semanas	\$ 94.584	0,6%	530	50.138.802	1.323.440
15. CO infecciones de las vías genitourinarias	\$ 12.337	4,87%	4.078	50.310.286	1.327.967
16. Abortos con internación	\$ 26.393	9,71%	8.140	214.837.446	5.670.749
Abortos no complicados	\$ 22.779	8,6%	7.171	163.349.430	4.311.695
Aborto complicado	\$ 53.135	1,2%	969	51.488.016	1.359.054
Atención de recién nacido (RN) con complicaciones	\$ 95.252	-	16.042	1.528.073.873	40.334.322
17. Atención RN bajo peso (<2500gr)	\$ 161.755	8,15%	6.826	1.104.092.285	29.143.103
RN 500 a 900 gramos	\$ 505.531	0,49%	4.7	205.464.819	5.428.157
RN 1000 a 1499 gramos	\$ 351.707	0,84%	702	247.030.544	6.520.503
RN 1500 a 1999 gramos	\$ 154.820	1,62%	1.356	209.932.397	5.541.277
RN 2000 a 2499 gramos	\$ 101.244	5,20%	4.361	441.482.526	11.653.166
18. Atención de complicaciones de RN>2500gr	\$ 46.002	11,00%	9.217	423.981.588	11.191.219
TOTAL Atención sanitaria embarazos en la adolescencia				7.596.767.714	200.520.723

Fuente: Elaboración propia.

Los gastos incurridos por el sector público para la prestación del “módulo base” ascienden a los \$4.896 millones de pesos al año (USD 129 MM), con un costo unitario de \$58.430 por caso. Este costo unitario promedia valores de costos diferenciales para los partos vaginales y las cesáreas y también para el cuidado de los casos de embarazadas RH negativas (estimadas en 10%)³³, que requieren la administración de inmunoglobina anti RHO.

Los gastos anuales para la atención ambulatoria de los riesgos presentados en el embarazo de las adolescentes ascienden a los \$481 millones (USD 12,7 MM), siendo el tratamiento de la anemia aguda y la hipertensión los problemas de salud más relevantes en términos de sus prevalencias y costos de atención (\$216 millones -USD 6 millones- y \$210 millones -USD 5,5 millones, respectivamente). Le sigue en importancia el tratamiento de la diabetes gestacional durante el embarazo, con baja prevalencia pero con un costo muy alto por los casos que requieren la administración de insulina (\$30 y USD 0,7 millones). Por último, se destinan alrededor de \$25 millones al año (USD 0,6 millones) para la atención de infecciones de las vías genitourinarias, sífilis y en menor medida hemorragias durante el primer trimestre de gestación de las embarazadas adolescentes.

Los gastos para la atención de las complicaciones obstétricas con internación de las adolescentes en el sector público ascienden a los \$692 millones al año (USD 18 millones). Los más relevantes en términos de magnitud son los destinados a la atención de 8.140 casos de abortos con interna-



El sistema de salud público destina cerca de \$1.530 millones al año (USD 40 millones) para la atención de los/as recién nacidos/as (RN) de madres adolescentes que nacen con bajo peso

ción al año, que ascienden a \$215 millones (USD 5,6 millones), con un costo unitario estimado en \$26.393.³⁴ Le sigue en importancia la atención de las complicaciones obstétricas por amenaza de parto prematuro, que es de alta prevalencia en las adolescentes y tiene un gasto estimado en \$148 millones al año (USD 3,9 millones). La atención del resto de las complicaciones obstétricas identificadas en el modelo de atención elaborado para realizar el ejercicio de microcosteo implica gastos para el sector público de salud que oscilan entre los \$26 y los \$64 millones al año (USD 0,7 y USD 1,7 millones).

Por último, el sistema de salud público destina cerca de \$1.530 millones al año (USD 40 millones) para la atención de los/as recién nacidos/as (RN) de madres adolescentes que nacen con bajo peso y con otras complicaciones neonatales como malformaciones, RN deprimidos graves, casos de aspiración de meconio o infección neonatal precoz, entre

³³ De acuerdo a SOGIBA (http://www.sogiba.org.ar/lacomunidad/e3_emba1.htm) y Beltrán (1996)

³⁴ La estimación de los costos asociados al tratamiento de las complicaciones por aborto solo pueden realizarse sobre los casos que requieren internación en los hospitales públicos y quedan registrados como tales por el Sistema de Estadísticas de Servicios de Salud Egresos por aborto. Las cifras utilizadas (promedio

2012-2015) pueden considerarse como un piso porque es probable que exista un subregistro de las internaciones por esta causa. Asimismo, quedan excluidos del costeo los abortos que se realizan de manera ambulatoria, la mayor parte de las veces abortos medicamentosos, dado que no se cuenta con registros sistemáticos y agregados de estas prestaciones.

otras). Los/as RN de madres adolescentes presentan altas prevalencias de bajo peso y complicaciones neonatales y su atención tiene costos unitarios elevados, especialmente la atención de RN de bajo peso (\$161.755 por caso) ya que requiere de períodos prolongados de internación en servicios de terapia intensiva.

Con todo, según el microcosteo realizado se estima que **el Estado Argentino destina \$7.597 millones al año, el equivalente a 200 millones de dólares, para la atención sanitaria del embarazo adolescente en el subsistema público de salud.**

DIMENSIÓN DEL IMPACTO FISCAL Y EL COSTO DE OPORTUNIDAD TOTAL

▶ En este apartado se presentan los cálculos realizados para estimar las pérdidas fiscales asociadas al ET y la MT. Para ello se toman en cuenta impuestos, tasas y contribuciones relacionadas con la seguridad social que el Estado deja de percibir como consecuencia de los embarazos tempranos.

El ET y a MT generan menores recaudaciones que se corresponden con las pérdidas de oportunidad de las adolescentes madres de ampliar sus ingresos laborales a lo largo de la vida. Ello tiene implicancias en la recaudación esperada del Impuesto al Valor Agregado (IVA) que recae sobre el consumo, al denominado Impuesto a las ganancias (que gravan las rentas de las personas físicas), y a otros impuestos que perderán recaudación potencial como consecuencia de los embarazos tempranos (impuesto sobre los bienes personales, impuestos sobre transacciones financieras, impuesto sobre los ingresos brutos, impuestos sobre los bienes muebles e inmuebles, etc.). Dentro de este universo y considerando el recorte que propone la metodología MILENA el análisis se concentrará en las pérdidas de recaudación del IVA y del Impuesto a las ganancias.

Por otro lado, es posible considerar las pérdidas de recaudación de aportes personales y contribu-



Dentro de este universo y considerando el recorte que propone la metodología MILENA el análisis se concentrará en las pérdidas de recaudación del IVA y del Impuesto a las ganancias.

ciones patronales orientadas al financiamiento de la seguridad social, que corresponden a la mayor informalidad y menor empleabilidad de las mujeres que son madres a edades tempranas. De cualquier manera, teniendo en cuenta el beneficio asociado a estas contribuciones que se traducen en mayores prestaciones de la seguridad social contributiva (jubilaciones, seguros de salud, asignaciones familiares, etc.) la estimación del impacto debería contemplar el neto entre los aportes y contribuciones que dejan de percibirse y las menores prestaciones que se generan.

INGRESOS FISCALES NO PERCIBIDOS POR EL IVA

La metodología MILENA propone calcular los ingresos fiscales no percibidos por el IVA estimando la merma en el consumo a través del costo de oportunidad económico que reduce los ingresos de las mujeres.

Como costo de oportunidad económico total se calcula a partir de la agregación de los dos costos de oportunidad de la participación laboral (disponibilidad laboral y empleo) y el costo de oportunidad de los ingresos laborales, ya que en ellos confluyen buena parte de las consecuencias económicas del EA y la MT. No se incorpora el costo de oportunidad de la educación ya que, como se mencionó previamente, este costo se mide desde los ingresos laborales por nivel educativo y el efecto resultante se captura de manera general en el costo de oportunidad de los ingresos.

Se plantea entonces la fórmula:

$$COTotal_t = COD_t + COE_t + COS_t$$

COTotal ▶ salario anual promedio de las mujeres MMA en Argentina en el año 2018 (\$123.647,4 anuales)

COD ▶ Costo de Oportunidad de la Actividad laboral, debido al EA y la MT.

COE ▶ Costo de Oportunidad del Empleo, debido al EA y la MT.

COS ▶ Costo de Oportunidad del Ingreso Laboral, debido al EA y la MT.

Aplicando a estos costos de oportunidad la proporción de los ingresos que se invierte en consumos gravables con el IVA y la alícuota correspondiente, queda determinada la estimación de ingresos fiscales no percibidos por este impuesto a través de la fórmula:

$$IFIVA_t = COTotal_t * (C_{iva} * iva).$$

IFIVA ▶ Ingresos fiscales no percibidos por el impuesto al valor agregado (IVA)

iva ▶ % de gravamen del impuesto al valor agregado.

C_{iva} ▶ % de los ingresos que se gasta en consumos gravables con IVA.

Los costos de oportunidad COD_t , COE_t y COS_t fueron estimados en las secciones 2.2 y 2.3 y de manera agregada constituyen un Costo de Oportunidad Total de ingresos no percibidos que alcanza a \$23.767,3 millones estimados para el año 2018.

$$COTotal_t = COD_t + COE_t + COS_t \\ \$21.512.126.672 = \$6.729.874.777 + \$1.150.589.333 + \$13.631.662.562$$

La alícuota general de IVA en Argentina alcanza al 21%. Si bien existen consumos cuyos valores agregados están exentos o presentan alícuotas diferenciales (en general reducidas en un 50%), por la forma de estimar el porcentaje de consumos gravables que se explicará a continuación, se propone mantener el 21% como alícuota general para aplicar sobre el total de consumo potencial estimado.

Para estimar el porcentaje de los ingresos que se gasta en consumos gravables con IVA se propone identificar el consumo privado total registrado en el año 2018 según las cuentas nacionales en el país y compararlo con la recaudación de IVA observada en ese período. La relación entre ambas magnitudes permite estimar la proporción de consumo gravable, incluyendo los diferenciales de alícuotas y la evasión existente, que puede ser aplicable a un potencial incremento del consumo bajo el supuesto de que el mencionado aumento mantiene las mismas características que el consumo existente.

Bajo esos criterios puede observarse que los \$ 9.507.619 millones que componen el consumo privado contabilizado para 2018 según el INDEC, Dirección Nacional de Cuentas Nacionales, permiti-

tieron recaudar \$1.104.580 millones de IVA durante ese año, equivalentes a 7,58% del PIB (fuente MH, DNIAF). Si se considera una alícuota efectiva de 21% sobre el consumo, se obtiene que el consumo observado alcanzado por el IVA ascendió en ese año a \$ 5.259.905 millones que representan el 55,32% del consumo privado total contabilizado en 2018.

En consecuencia, aplicando los coeficientes estimados en la fórmula de estimación de ingresos fiscales no percibidos por el IVA antes presentada, se obtiene una estimación de potencial pérdida de recaudación que alcanza a \$ 2.499,1 millones:

$$IFIVA_t = COTotal_t * (C_{iva} * iva).$$

$$\$2.499.106.780 = \$21.512.126.672 * (55,32\% * 21\%)$$

INGRESOS FISCALES NO PERCIBIDOS POR EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS

Para estimar los ingresos fiscales no recaudados por el impuesto sobre la renta de personas físicas en el país (denominado impuesto a las ganancias) se requiere considerar los niveles de ingreso respecto al ingreso base gravable (mínimo no imponible del impuesto a las ganancias). Por lo tanto, la metodología MILENA crea la variable $COTotal_t^\pi$ de manera que:

$$IFISR_t = COTotal_t^\pi * isr$$

Donde:

$$COTotal_t^\pi = COD_t + COE_t + COS_t^\pi$$

isr ▶ % de impuesto sobre la renta aplicable desde el nivel de ingresos definido.

La nueva variable COS_t^π representa el costo de oportunidad del ingreso que dependerá de los niveles de ingresos de los grupos de mujeres respecto al mínimo no imponible del impuesto a las ganancias, tal que:

$$COS_t^\pi = \pi * PET_t^{ma} * tof_t$$

Con:

$$\begin{array}{ll} \pi = (Sf_t^m - Sf_t^{ma}) & \text{si } Sf_t^m \geq P \text{ y } Sf_t^{ma} \geq P \\ \pi = (Sf_t^m - P) & \text{si } Sf_t^m \geq P \text{ y } Sf_t^{ma} < P \\ \pi = 0 & \text{si } Sf_t^m < P \text{ y } Sf_t^{ma} < P \end{array}$$

P ▶ Piso de ingreso gravable con ISR.

Así, los ingresos fiscales no percibidos por impuestos están dados por:

$$IFNPI = IFIVA_t + IFISR_t$$

En la Argentina la definición de este impuesto es un poco más compleja y para estimar sus pérdidas potenciales es necesario considerar sus características específicas. Por una parte, la ley del Impuesto a las ganancias establece cuatro categorías de ganancias según la fuente. La primera categoría se relaciona con la renta del suelo; la segunda categoría corresponde a la renta de capitales; la tercera categoría contempla los beneficios de las empresas y ciertos auxiliares de comercio y la cuarta categoría se vincula con la renta del trabajo personal. Cada sujeto imponible puede tener resultados de una o varias categorías en función de las actividades que realice.

El procedimiento para la determinación del impuesto toma como base de cálculo los ingresos y gastos provenientes de las cuatro categorías y la participación en empresas o actividades (beneficio o quebranto), continuando la secuencia que seguidamente se describe.

El resultado neto total se obtiene de restar de los ingresos de 1ra., 2da., 3ra. y 4ta. categorías los gastos y deducciones especiales de cada una de ellas, y de adicionar el beneficio o de sustraer el quebranto derivados de la participación en empresas o actividades.



Cada sujeto imponible puede tener resultados de una o varias categorías en función de las actividades que realice.

El resultado impositivo del período se calcula efectuando el ajuste que corresponda originado en precios de transferencia y restando del resultado neto total las desgravaciones y deducciones admitidas. Si este último resultado fuera positivo puede computarse quebrantos de años anteriores hasta el límite admitido, obteniéndose así el resultado final.

Para arribar a la ganancia neta sujeta al impuesto, se resta del resultado final positivo las deducciones personales computables, las cargas de familia, el mínimo no imponible y la deducción especial.

El impuesto se determina por tramo de ganancia neta sobre la base de una escala progresiva, que consiste en un monto de dinero fijo más el importe resultante de la aplicación de una alícuota creciente del 5% al 35% sobre el excedente de la cota inferior de cada tramo de ganancia. Durante el año 2018 los tramos y montos se aplicaron considerando los valores que se indican en el Cuadro 6.

Tramos de imposición y alícuotas correspondientes al impuesto a las ganancias 2018

Ganancia neta acumulada	Alícuota correspondiente al tramo	Determinación del impuesto		
		\$	Más el %	Sobre el excedente de \$
Entre 0 y 25.754	0%	0,00	0%	0,00
Más de 25.754 y hasta 51.508	9%	1.287,70	9%	25.754,00
Más de 51.508 y hasta 77.262	12%	3.605,56	12%	51.508,00
Más de 77.262 y hasta 103.016	15%	6.696,04	15%	77.262,00
Más de 103.016 y hasta 154.521	19%	10.559,14	19%	103.016,00
Más de 152.524 y hasta 206.032	23%	20.345,66	23%	152.524,00
Más de 206.032 y hasta 309.048	27%	32.192,50	27%	206.032,00
Más de 309.048 y hasta 412.064	31%	60.006,82	31%	309.048,00
Más de 412.064	35%	91.941,78	35%	412.064,00

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la AFIP.

Por otra parte, el impuesto establece un Mínimo No Imponible (MNI) y una serie de deducciones que corresponden a diferentes características de los contribuyentes. La deducción más importante a efectos de las estimaciones que aquí se desarrollan es la deducción especial de la cuarta categoría (ingresos laborales). Existen otras deducciones relacionadas con cargas de familia, zonas desfavorables, seguros sociales, etc. que no serán contempladas en el análisis.

El MNI fue establecido por la AFIP en \$ 66.917,91 anuales para 2018. A partir de este valor se aplica a su vez la deducción especial de la cuarta categoría multiplicando el MNI por 4,8 en el caso de los empleados en relación de dependencia y ascendiendo a un total de \$ 321.205,97. En el caso de los trabajadores autónomos, el MNI se multiplica por 2 y en 2018 totalizó \$ 133.835,82.

En el caso de jubilados y pensionados, el MNI es equivalente a 6 veces la suma de los haberes mínimos garantizados y la deducción especial equivale a 28,8 haberes mínimos garantizados, siempre que el importe resultante sea superior a los indicados en el párrafo anterior. Este método de cómputo no

se aplica cuando el contribuyente obtiene ingresos de distinta naturaleza a su jubilación o pensión. Tampoco corresponde esa deducción para quienes se encuentran obligados a tributar el impuesto sobre los bienes personales, siempre y cuando esta obligación no surja exclusivamente de la tenencia de un inmueble para vivienda única.

Para estimar el incremento de recaudación en el impuesto a las ganancias a partir de los datos que surgen de la EPH se procedió a clasificar a las mujeres en tres grupos, en función de su categoría ocupacional:

- ▶ Patronas o cuenta propias (que pagan el impuesto a las ganancias por sus ingresos netos de gastos)
- ▶ Asalariadas formales (que pagan el impuesto a las ganancias sobre sus salarios brutos, contemplando la deducción especial por empleadas en relación de dependencia).
- ▶ Asalariadas informales (que no pagan el impuesto a las ganancias por ser no registradas pero deberían hacerlo como las asalariadas formales).

En cada uno de estos grupos es posible estimar el ingreso por tramos de imposición definidos por el impuesto a las ganancias, tanto para el grupo objetivo compuesto por las mujeres que fueron madres en la adolescencia, como para el grupo control que presenta mayores ingresos. A partir de estas agrupaciones pueden estimarse entonces los potenciales ingresos de las mujeres madres jóvenes y los correspondientes incrementos de tributación sobre las ganancias que se dejaron de percibir como consecuencia de la maternidad temprana. En el Cuadro 7 se presentan los datos obtenidos que fueron usados como referencia para las estimaciones correspondiente.

CUADRO

7 Estimación pérdida fiscal impuesto a las ganancias (sobre la renta de personas físicas) en la Argentina

Rangos de ingreso	Alicuota	Cantidad de madres que tuvieron hijos en la adolescencia				Adicionales de ingreso imponible (Madres después de la adolescencia menos Madres en la adolescencia)		Ingreso imponible (Madres en la adolescencia)	Ingresos fiscales no percibidos en concepto de impuesto a las ganancias			
		Asalariadas registradas	Patronas o cuenta propias	Asalariadas no registradas	Total	Asalariadas registradas	Patronas o cuenta propias		Asalariadas no registradas	Asalariadas registradas	Patronas o cuenta propias	Asalariadas no registradas
Entre 0 y 25.754	0%	45.998	31.185	93.273	170.456	342,1	231,1		0,0	0,0	0,0	0,0
Más de 25.754 y hasta 51.508	9%	2.875	708	3.418	7.001	7.335,3	12.000,0	31.876,1	1.898.011,1	764.640,0	9.805.732,0	12.468.383,1
Más de 51.508 y hasta 77.262	12%	0	0	0	0				0,0	0,0	0,0	0,0
Más de 77.262 y hasta 103.016	15%	1.613	621	0	2.234	821,1	19.000,0		198.676,0	1.769.850,0	0,0	1.968.526,0
Más de 103.016 y hasta 154.521	19%	435	0	0	435	6.003,4			496.177,3	0,0	0,0	496.177,3
Más de 152.524 y hasta 206.032	23%	414	0	0	414	126,3			12.027,7	0,0	0,0	12.027,7
Más de 206.032 y hasta 309.048	27%	0	0	0	0				0,0	0,0	0,0	0,0
Más de 309.048 y hasta 412.064	31%	143	172	0	315	74.905,8			3.320.574,3	0,0	0,0	3.320.574,3
Más de 412.064	35%	0	0	0	0				0,0	0,0	0,0	0,0
		51.478	32.686	96.691	180.855				5.925.466,4	2.534.490,0	9.805.732,0	18.265.688,4

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brizuela, V., Abalos, E., Ramos, S., & Romero, M. (2014). El embarazo en la adolescencia. Hoja Informativa, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (10).

Chaaban, J., & Cunningham, W. (2011). **Measuring the Economic Gain of Investing in Girls:** The Girl Effect Dividend. Policy Research Working Paper 5753. The World Bank, Human Development Network, Children and Youth Unit & Poverty Reduction and Economic Management Network, Gender Unit.

CLADEM. 2016. Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Balance regional.

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*(192), 342-349.

Crosby, R. A., & Holtgrave, D. R. (2006). The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. *Journal of Adolescent Health*(38), 556-559.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica. Año 2015. Serie 5, N°59. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2016.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica. Año 2016. Serie 5, N°60. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2017.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica. Año 2017. Serie 5, N°61. DEIS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Argentina. 2018.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF 2017a). Embarazo y maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF 2017b). 2017b. Maternidad y paternidad adolescente. El derecho a la educación secundaria. Estudio sobre una experiencia educativa de la provincia de Buenos Aires-

Frenkel, J. (2019). El embarazo en la adolescencia en la Argentina y las respuestas implementadas por el Estado en los últimos años: el Plan ENIA. Buenos Aires, octubre de 2019. (mimeo)

Frenkel, J. y Sanchez Cabezas, A. (2019). Modelo para la estimación de costos de atención sanitaria del embarazo en la adolescencia. Buenos Aires. (mimeo).

Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(1).

Gogna M, Binstock G. (2017) Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud Colectiva*. 13(1):63-72. doi: 10.18294/sc.2017.990.

Gold, R., Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lynch, J. W., & Connell, F. A. (2001). Ecological Analysis of Teen Birth Rates: Association with Community Income and Income Inequality. *Maternal and Child Health Journal*, 5(3), 161-167.

Lloyd, C. B. (2006). Schooling and Adolescent Reproductive. Behavior in Developing Countries. En Background Paper to the report Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. UN Millennium Project.

OPS-UNICEF-UNFPA (2016). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).

Pardo & Cabella (2018), A Bimodal Pattern in Age at First Birth in Southern Cone. <https://doi.org/10.1353/prv.2018.0004>.

Pardo y Nathan (2018). Picos gemelos en el Cono Sur. Disponible en: <https://lento.ladiaria.com.uy/articulo/2018/9/picos-gemelos-en-el-cono-sur/>

Plan ENIA (2018). Documento Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_oficial_plan_2019.pdf

Plan ENIA (2019). El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción. Documento técnico N° 5. Buenos Aires, mayo 2019. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5_el_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia_en_argentina.pdf

UBA-UNICEF (2019). Estudio económico sobre el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Buenos Aires, agosto de 2019 (mimeo).

UNFPA. (2013). Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013. Nueva York.

UNFPA (2017). El costo económico del embarazo en niñas y adolescentes, El Salvador 2017. Retrieved

from [http://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Costo económico del embarazo adolescente_0.pdf](http://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Costo_económico_del_embarazo_adolescente_0.pdf)

UNFPA (2018). Metodología para estimar el impacto económico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (Abril de 2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641-1652.

REFERENCIAS ESPECÍFICAS PARA EL EJERCICIO DE MICROCOSTEO DE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

ACOG (2009). Induction of labor. ACOG Committee on Practice Bulletins - ACOG Practice Bulletin No. 107 - Obstetrics Obstet Gynecol. 2009;114 (2 Pt 1):386.

ACOG (2012). Placenta accreta. ACOG Committee Opinion No 529. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists July 2012.

ACOG (2013). Premature rupture of membranes - ACOG practice bulletin - Obstet Gynecol. 2013, 122:918.

ACOG (2018). Committee Opinion number 743. Obstetrics & Gynecology vol 132, nro 1, July 2018 <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co743.pdf?dm-c=1&ts=20180810T2200380552>

ACOG (2018). Hipertension in pregnancy. Task Force 2013 y 2018. <https://www.acog.org/-/media/Task%20Force%20and%20Work%20Group%20Reports/public/HypertensioninPregnancy.pdf>

AGOC (2017). Approaches to limit intervention during labor. Committee opinion number 687. February 2017

Alda E, Apas Perez de Nucci. (2013). Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la República Argentina, 2013.

Beltrán (1996) "Frecuencia de grupos sanguíneos y factor Rh en donantes de sangre", Colombia, 1996.

Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, Scott García T. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. *Rev*

Obstet Ginecol Venez v.69 n.2 Caracas jun. 2009

CDC (2010). Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR. Disponible en www.cdc.gov/mmwr

Corinna A, William E, Gillian D, et al. (2007). Perinatal Screening for Group B Streptococci: Cost Benefit Analysis of Rapid Polymerasa Chain reaction, Pediatrics 2007.

DINAMI (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>

Dueñas OG, Rico HO, Rodríguez MB. (2007). Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Revista Chilena Obstet Ginecol 2007; 72(4): 266-271; 72(4): 266-271.

Durlach R, Kaufer F y col (2008). Consenso Argentino de toxoplasmosis. Medicina (B Aires). 2008; 68(1):75-87

FASGO (2014). Consenso Parto Pretérmino. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 2014

FIGO (2016). Magee LA. The textbook of Hipertension in Pregnancy. https://www.glowm.com/resource_type/resource/textbook/title/the-figo-textbook-of-pregnancy-hypertension/resource_doc/2768

García F, Vázquez L, Sarubbi M. (2010). Guía de prevención y tratamiento de las infecciones congénitas y perinatales. Ministerio de Salud de la República Argentina. 2010; 151-163.

GEDE (Grupo Español de Diabetes y Embarazo)(2014). Asistencia a la gestante con diabetes. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Guía de práctica clínica actualizada en 2014.

Güemes (2018). Diabetes Gestacional: sistemática de atención. Sanatorio Güemes, 2018

Güemes (2018). Rotura Prematura de Membranas: Sistemática de atención en internación. Sanatorio Güemes, 2018.

Güemes (2019). Estados hipertensivos del embarazo, Consenso del Servicio de Obstetricia del Sanatorio Güemes. Buenos Aires, 2019.

Hudon L, Belfort MA, Broome DR. (1998). Diagnosis and management of placenta percreta: a review. Obstet Gynecol Survey 1998;53(8):509-17

Lapidus A. (2017). Consenso Estados Hipertensivos del Embarazo. Fasgo 2017 http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf

Meller C, Izbizky G, Otaño L. (2015). Uptodate on the use of magnesium sulphate for fetal neuroprotection in preterm birth. Arch Argent Pediatr. 2015;113 (4):345-351

Mozurkewich EL, Wolf FM. (1997). Premature rupture of membranes at term: a meta-analysis of three management schemes. Obstet Gynecol. 1997;89 (6):1035.

MSAL (2008). Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la República Argentina, 2008

MSAL (2009). Guía de sífilis en la embarazada y el recién nacido. Programa de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. Comité redactor. Disponible www.msal.gov.ar/sida/otras-publi.asp

MSAL (2010). Enfermedad Hemolítica Perinatal, Control Inmunoematológico y Profilaxis, Recomendaciones para el equipo perinatal. Ministerio de Salud de la República Argentina, Buenos Aires, 2010.

MSAL (2010). Guía de Estados Hipertensivos del Embarazo. Ministerio de Salud de la República Argentina, 2010. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf>

MSAL (2010). Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la República Argentina, 2010

MSAL (2010). Guía de Prevención y tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales. Ministerio de Salud de la República Argentina. Noviembre de 2010. Disponible en www.sogiba.org.ar/prof_consensos.htm

MSAL (2010). Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Ministerio de Salud de la República Argentina, 2010.

MSAL (2012). Manual Breve para la práctica clínica de la emergencia obstétrica. Ministerio de Salud de la República Argentina, 2012

MSAL (2015). Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Ministerio de Salud de la República Argentina, 2015.

MSAL (2015). Manual breve de Emergencias Obstétricas. Ministerio de Salud de la República Argentina. <http://www.sogiba.org.ar/documentos/ManualBreveEmergenciaObstetrica.pdf>

MSAL (2015). Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la República Argentina.

OMS (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Organización Mun-

dial de la Salud. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2011). Placenta previa, placenta previa accreta and vasa previa: diagnosis and management. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2011 Jan. 26 p. (Green-top guideline; no. 27).

SAP (1999). Consenso de Infecciones Perinatales. Arch. Argentinos de Pediatría 1999. Vol 97:3. Disponible en www.sap.org.ar/consensos

SOGIBA (2010). Guía de manejo de la paciente con diabetes gestacional, Consenso de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de Buenos Aires.

SOGIBA (2012). Consenso de diabetes: Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Septiembre de 2012.

SOGIBA (2017). Rotura prematura de membranas en el embarazo de pretérmino. Consenso de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de Buenos Aires.

SOGIBA (2019). Consenso embarazo adolescente. Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de Buenos Aires, 2019. Disponible en http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_SOGIBA_2019_Embarazo_Adolescente.pdf

SOGIBA. http://www.sogiba.org.ar/lacomunidad/e3_emba1.htm

South Australian Perinatal Practice Guidelines (2015). Preterm Labour,. 2015.

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (2014). Term Prelabour Rupture of Membranes (Term PROM) C-Obs 36. March 2014.

Voto L, et al. (2012). Consenso de diabetes. Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. FASGO. Vol 11, N°2. Sept 2012.

WHO (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO and IDF. Organización mundial de la salud/ Federación internacional de Diabetes (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation WHO/IDF Consultation. 2006

ANEXOS METODOLÓGICOS

Para permitir la trazabilidad de la aplicación metodológica se incluyen como anexos metodológicos digitales las planillas MILENA 1 con la definición de las variables utilizadas para el cálculo de las cinco dimensiones y MILENA 2 con los metadatos que constituyen las fuentes y procesos aplicados en cada caso.



UNFPAArgentina



UNFPAArgentina



argentina.unfpa.org/