



# EMBARAZO Y MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Maternidades Vulnerables, 2020

---

*“L@s niñ@s nacid@s de  
madres adolescentes viven  
en ambientes con menos apoyo  
y estímulos, tienen peor salud,  
menor desarrollo cognitivo y  
resultados educativos mediocres”*

*International Planned Parenthood Federation.*

---

**Diciembre, 2020**

# Índice

---

1. Introducción.
2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.
3. Vulnerabilidad de las adolescentes embarazadas e impacto de la maternidad en la adolescencia.
4. Necesidades de las madres adolescentes y durante la crianza de sus hij@s.
5. Conclusiones y Recomendaciones.
6. Referencias Bibliográficas.
7. Declaración de Autoría.

# 1. Introducción



La Asociación Salud y Familia, entidad no gubernamental de ámbito estatal lleva trabajando ininterrumpidamente veinticinco años en el ámbito de atención a las familias y las mujeres vulnerables y presenta un alto nivel de especialización en el abordaje de la maternidad en situaciones de vulnerabilidad ofreciendo un amplio abanico de opciones y prestaciones a las madres a la par que conectándolas y mejorando su acceso a sistemas de protección normalizados como son los servicios de salud, los servicios sociales, los servicios de empleo y el sistema de ayudas públicas a familias.

La Asociación Salud y Familia, con el apoyo financiero y la colaboración institucional continuada de las administraciones públicas y el tercer sector social, ha conseguido ensamblar y hacer operativo un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofrece de forma perseverante segundas oportunidades en salud reproductiva, acceso a la formación profesional y al empleo, empoderamiento de las madres y las mujeres y apoyo para la construcción de redes sociales amplias.

La desigualdad social y económica ha ido progresivamente en aumento desde los años ochenta en la mayoría de países occidentales y España no es una excepción. La desigualdad social alimenta creencias que nos hacen más proclives a tolerarla, aceptarla y justificarla. A su vez, las relaciones sociales adoptan formas que mantienen y refuerzan la desigualdad social a través de dos grandes rutas culturales: a) La posición social individual se ha ido convirtiendo en el núcleo fundamental de la evaluación que hacemos de nosotros mismos y de los demás, b) Cada vez nos vamos sintiendo más alejados unos de otros.

Pese al contexto de desigualdad social creciente hay margen para la libre elección. Adaptamos nuestras elecciones a las oportunidades reales que nos presenta la vida. En este sentido, existen diferencias abismales en la libertad de elegir, especialmente entre las mujeres que, todavía hoy, crecemos bajo un patrón social de vigilancia, amoldamos nuestros cuerpos, nos negamos espacios, controlamos horarios, coartamos movimientos y gestos y seguimos siendo disciplinadas mediante los estereotipos, el acoso, el escarnio y el insulto en nuestra vida cotidiana. Las mujeres somos reconocidas principalmente como cuidadoras y esto ha venido ocurriendo demasiado tiempo. En la actualidad, las mujeres españolas presentan niveles educativos más elevados que los hombres y, sin embargo, perdura una menor tasa de actividad, una brecha salarial significativa, un menor reconocimiento e influencia en todos los ámbitos y una violencia de género reticular que socava la salud y la vida de millones de mujeres. Quedan, pues, brechas por cerrar y caminos por recorrer, ya que participar y formar parte de la voluntad general se ha configurado como una aspiración de una mayoría significativa de mujeres españolas.

Desde el inicio del siglo XXI, España es una sociedad con una población que presenta una notable diversidad cultural, un incremento de la movilidad territorial entre personas residentes, un mayor número de incidencias y necesidades asociadas a la variedad de culturas y subculturas y un aumento continuado de la distancia entre los rangos de ingresos. Estos cambios recientes y acelerados provocan que las agendas públicas estén abiertas y, en muchas ocasiones, por páginas diferentes pues cada cambio demográfico, tecnológico, normativo o de costumbres lleva aparejado un impacto sistémico.

En las sociedades europeas y también en España, el aislamiento y la segregación social, los niveles educativos bajos y la consiguiente lejanía respecto a la corriente principal de la sociedad provocan efectos duraderos a lo largo del ciclo vital de las personas: a) Socavan las bases sociales del respeto hacía una misma que se construye en la infancia y la juventud, b)

Reducen las habilidades para conseguir recursos y c) Hacen más difícil convertir los medios y los recursos en funcionamientos satisfactorios.

En este contexto de complejidad social y cultural, la pobreza en España ha presentado una gradación de intensidad ascendiente concentrándose especialmente en las familias con menores a su cargo y, entre éstas, en las familias de origen inmigrante, en las familias monomarentales y en las madres adolescentes y jóvenes. Asimismo, es necesario subrayar la tendencia de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad a registrar una fecundidad y una natalidad netamente superiores a la media española, esta última en línea con las tendencias demográficas en la Europa continental y del Sur.

Las mujeres en situación de vulnerabilidad focal y/o múltiple viven a menudo en ecosistemas sociales que propician el aislamiento cultural y social, el cual se ve agravado cuando son madres poniendo en riesgo simultáneamente su proyecto vital como mujeres y la crianza de sus hijas/os en clave de socialización abierta. La maternidad en situaciones de vulnerabilidad reduce a corto, medio y largo plazo las redes de apoyo familiar y social y conduce a la cronicidad de la privación, la discriminación, la vulnerabilidad y/o la pobreza para las madres y a la transmisión intergeneracional de menores capacidades para sostener la vida.

Este Informe sobre **EMBARAZO Y MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA** forma parte de una serie que se ocupa de: a) Definir las características de un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofreciendo segundas oportunidades sea capaz de generar protección al minimizar las consecuencias adversas de las decisiones automáticas y de los entornos de privación y discriminación, b) Identificar las intersecciones o nudos sociales y culturales que constituyen ámbitos específicos de vulnerabilidad a los que las mujeres estamos expuestas por nuestra triple condición de mujeres, gestantes y cuidadoras.

## 2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

**La vulnerabilidad** es un concepto amplio y multifactorial que se aplica a personas y grupos sociales. Puede resumirse en la susceptibilidad a ser dañada/o física, mental y/o moralmente. En la valoración de la amplitud y la intensidad de la vulnerabilidad deben tenerse en cuenta:

- Los riesgos sociales, ambientales, físicos, mentales y morales a los que las personas y grupos sociales estamos expuestas/os.
- Las capacidades para prevenir, resistir o sobreponerse a determinados riesgos, daños y/o discriminaciones.
- Las respuestas sociales, sanitarias y legales a las necesidades y los contextos de vida de las mujeres y de las madres en general y, más especialmente de las que se encuentran en circunstancias y/o posiciones sociales más desfavorecidas.

**La perspectiva de género** se refiere a la metodología y los mecanismos de análisis que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres que se pretende justificar en base a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres emborronando las diferencias culturales en la asignación asimétrica de roles, actividades y conductas. Esta perspectiva debe ser implementada cuando tratamos la maternidad, que continua siendo una de las elecciones decisivas en la vida de las mujeres de cualquier origen, raza, religión, clase social y/o nivel formativo. Analizar la maternidad y las circunstancias puntuales o crónicas de vulnerabilidad con la lente de la perspectiva de género permite entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida que no está “naturalmente” determinada y al cuestionar los estereotipos abre la posibilidad de pensar y actuar de modo que:

- Se produzcan mejoras en la vida de mujeres y hombres, enriqueciendo todos los ámbitos de actividad humana tanto sean reproductivos como productivos.
- Se comprenda como se gesta y se expresa la discriminación hacia las mujeres en su diversidad y se abran vías para transformarla.
- Se redistribuyan equitativamente las actividades entre mujeres y hombres en la esfera privada y pública. Cuando nos focalizamos en la maternidad, la crianza y la vida en familia es necesario centrarse en la corresponsabilidad en el cuidado de las/os hijas/os y la redistribución de las actividades de sostenimiento de la vida humana.
- Se modifiquen las estructuras sociales, los mecanismos, las reglas, las prácticas y los valores que perpetúan la desigualdad de género.
- Se fortalezca el poder de gestión y decisión de las mujeres y de las madres teniendo en cuenta las situaciones de vulnerabilidad y discriminación que irán apareciendo a lo largo del ciclo de vida.

**La equidad** se basa en que la unidad de medida de la justicia social es el trato que reciben las personas más desfavorecidas, en este caso las mujeres y las madres en situaciones de vulnerabilidad. En la práctica, un programa, modelo o servicio equitativo tiene que desarrollar tres componentes estratégicos:

- Abrir rutas múltiples de accesibilidad física, económica y cultural de tal modo que la oferta de atención llegue y penetre en los entornos más desfavorecidos y discriminados y en las situaciones de vulnerabilidad.
- Crear entornos ricos en oportunidades y adecuados a las necesidades específicas de los diversos grupos de mujeres y madres vulnerables.
- Proporcionar un trato que promueva los códigos modernos del respeto vinculados estrechamente al empoderamiento y consistentes en fomentar que cada mujer o madre haga algo por sí misma, mejore su capacidad para cuidarse y coopere con los demás.

**La atención integral** se entiende como el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida humana así como para promover el aprendizaje a través de la experiencia en un marco de respeto hacia los valores de las personas. En el ámbito de la atención a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad, el enfoque integral facilita:

- Salir del sistema protocolizado de atención a las mujeres y las madres basado en el principio de eficiencia bajo mínimos.
- Integrar la mayoría de funciones claves en un único nivel de atención social y sanitaria, pues todo aquello que es relevante para las mujeres, las madres y las familias se produce en primer plano al alcance del profesional y se encuentra en el seno del campo relacional entre madres y profesionales.
- Ofrecer simplicidad y presencia plena en la atención social y sanitaria de primera línea, desplazando y minimizando todo tipo de transacciones administrativas. Este marco de atención favorece que, tanto las madres como los profesionales que las atienden, puedan aplicar sus habilidades a los ámbitos donde es factible una acción eficaz.
- Identificar el centro de gravedad de la situación de todas y cada una de las madres en situación de vulnerabilidad, presentar un horizonte creíble de acciones y generar confianza.
- Detectar oportunidades y reorganizar, cuando es necesario, prioridades de forma compartida entre las madres y los profesionales que las atienden.

### 3. Vulnerabilidad de las adolescentes embarazadas e impacto de la maternidad en la adolescencia.

En España, antes de los 19 años el 70% de l@s chic@s han iniciado su actividad sexual utilizando, a menudo, una protección anticonceptiva insuficiente y errática. En 2019, fueron madres 4.013 chicas de 18 años o menos y se registraron tasas de natalidad entre las chicas de origen extranjero que duplicaban las de las chicas de origen autóctono. La tasa de aborto voluntario en chicas de 19 años o menos fue de 9,19 el mismo año y se estima que siete de cada diez embarazos se interrumpieron. Tanto la tasa de aborto voluntario como la de natalidad se sitúan en una franja media-baja respecto a las de los países de nuestro entorno.

El riesgo de embarazo en la adolescencia aumenta en proporción al número de experiencias adversas en la infancia tales como abuso, violencia de género y/o conflictos familiares crónicos y se concentra en los grupos sociales más vulnerables y desfavorecidos. A mayor desventaja socioeconómica y cultural, las adolescentes usan menos protección anticonceptiva y tienen menos motivación para evitar quedarse embarazadas. Las adolescentes embarazadas con expectativas de futuro y mejor entorno tienen muchas más posibilidades de recurrir al aborto voluntario mientras que en los hogares en desventaja o con grandes incertidumbres suelen escoger continuar el embarazo a pesar de la inexistencia o de la fragilidad de las uniones de pareja.

Las adolescentes que llegan a ser madres viven en un período de tiempo muy corto numerosos acontecimientos de gran relevancia en sus vidas como son el inicio de la actividad sexual, la finalización o el abandono de sus estudios, la búsqueda del primer trabajo, el embarazo inesperado y la

llegada del primer hijo y eventualmente el comienzo de la convivencia en pareja. La maternidad precoz supone una aceleración del curso vital que, paradójicamente, retrasa la incorporación plena a la vida adulta y frena el desarrollo personal en términos de capital educativo y relaciones sociales. Las adolescentes que llegan a ser madres tienen menos probabilidades de acabar los estudios secundarios, entran más tarde en el mercado laboral formal, registran menores tasas de actividad y sufren una pérdida notable de oportunidades de emparejamiento saludable.

Las condiciones de vida donde predomina la desventaja socioeconómica, cultural y educativa junto con ciertos niveles de depresión de la adolescente son los principales predictores de que se llevará a término un embarazo durante la adolescencia. La depresión previa al embarazo no desaparece por el hecho de tener una criatura, lo más frecuente es que siga su curso a lo largo de la adolescencia y la primera juventud. La depresión materna a cualquier edad tiene efectos severos en la crianza infantil que abarcan un espectro amplio de déficits en l@s niñ@s que incluyen baja calidad del desarrollo cognitivo y del lenguaje y dificultades en la autoregulación emocional y el ajuste social.

En España, la Ley Orgánica 11/2015 de 21 de Septiembre para reforzar la protección de las menores y las mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo canceló el apartado cuarto de la Ley Orgánica 02/2010 de 3 de Marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción del embarazo. De resultas de esta Ley, l@s adolescentes deben cumplir el requisito de consentimiento parental obligatorio para acceder a una interrupción voluntaria del embarazo pero no en el caso de proseguir el embarazo. Esta restricción de acceso socava la protección de las adolescentes y también la maternidad responsable afectando especialmente a las adolescentes más vulnerables y con mayores desventajas múltiples así como a sus futur@s hij@s. Las adolescentes que llevan a término un embarazo no planeado usan más tarde y con menos

frecuencia los servicios de atención prenatal y acostumbran a sufrir síntomas de estrés de forma recurrente, factores ambos que inciden en el desarrollo fetal.

Las situaciones de estrés crónico durante el embarazo producen un aumento sostenido de los niveles de cortisol en la sangre materna y una reducción del flujo sanguíneo placentario. El exceso de cortisol materno que no pueda ser inactivado por la barrera placentaria altera la regulación del cortisol y del eje pituitario-adrenal del feto. El buen funcionamiento de este sistema biológico es fundamental para la maduración de los órganos fetales y su perturbación afecta al desarrollo del sistema nervioso produciendo daños cerebrales, al desarrollo físico provocando bajo peso y al posterior desarrollo psicomotor durante la primera infancia.

La experiencia internacional muestra que las adolescentes que viven en el seno de familias funcionales y cercanas a la corriente principal de la sociedad comunican espontáneamente su embarazo a sus madres, padres o tutores y, cuando no lo hacen, es porque tienen miedo a ser perjudicadas o dañadas. En España y en otros países donde existen procedimientos legales de consentimiento o asentimiento parental, éstos no han probado su validez como instrumentos efectivos de protección de la menor porque justamente fracasan o son inviables en situaciones donde existe abuso y violencia familiar. Ninguna ley puede concitar el apoyo y el amor parental cuando están ausentes.

Las expectativas sobre las supuestas ventajas de una regulación a favor del consentimiento parental para la interrupción voluntaria del embarazo en las menores no se han visto cumplidas. En los países que este procedimiento se encuentra generalizado, no ha disminuido la actividad sexual de l@s adolescentes ni ha mejorado el uso de contracepción efectiva, simplemente han aumentado o se mantiene el número de

adolescentes que llevan a término el embarazo. Las adolescentes consideradas inmaduras por las leyes restrictivas para acceder a un aborto voluntario, paradójicamente resultan obligatoria e ineludiblemente maduras para continuar el embarazo, acudir a la atención prenatal, someterse a los procedimientos médicos necesarios y dar a luz una criatura.

Desde el inicio de la crisis financiera en España, la pobreza en la infancia ha crecido a un ritmo más rápido y es más elevada que en el total de la población española. L@s niñ@s y l@s adolescentes son actualmente el grupo de edad más pobre. Vivimos en un contexto expansivo de pobreza infantil y familiar por lo que las menores, las mujeres y las familias más vulnerables están muy expuestas a una acumulación de riesgos por desposesión de sus activos básicos en términos de recursos y derechos efectivos. Cualesquiera que sean las normas culturales, las barreras prácticas y/o las restricciones legales que merman la capacidad de decisión de las adolescentes sobre la interrupción o la prosecución del embarazo tendrán un efecto marcadamente inequitativo entre los grupos más vulnerables de adolescentes y familias.

Los nacimientos de madres adolescentes son un potente inductor de pobreza pues aumentan el riesgo de las propias madres y de sus familias de caer y/o mantenerse en la pobreza, intensifican la desprotección de l@s niñ@s nacid@s frente a la pobreza y contribuyen a cronificar los efectos desfavorables del embarazo y la maternidad adolescente en el desarrollo infantil pues los retrasos en el crecimiento y las discapacidades que puedan producirse accederán tardíamente a la atención temprana.

## 4. Necesidades de las madres adolescentes y durante la crianza de sus hij@s.

La vulnerabilidad social y personal consiste en un déficit de capacidad o dificultad de resistir y encajar la ocurrencia de acontecimientos amenazantes y también de sobreponerse a los daños sufridos. L@s adolescentes que viven en familias vulnerables sufren una carencia o un déficit de activos y presentan dificultades para movilizar los que poseen. Además suelen compartir con sus familias ideas de indefensión y/o desamparo frente a los riesgos lo que bloquea, aún más, sus capacidades. Cada vez que una adolescente o familia vulnerable sufre una situación crítica severa existe un riesgo muy elevado de que pierda una buena parte de sus activos sociales, personales y de salud y tarde mucho en recuperarlos. La vulnerabilidad social proviene de situaciones de pobreza y precariedad e incentiva la pobreza, los bajos niveles educativos y el acceso insuficiente a los recursos existentes. Asimismo, la vulnerabilidad de l@s adolescentes que viven en comunidades culturales parcialmente autosegregadas y colectivamente discriminadas y estigmatizadas sufren un mayor aislamiento, inseguridad e indefensión ante presiones y/o riesgos comunes en esta etapa de la vida.

Las adolescentes son consideradas internacionalmente un colectivo de especial vulnerabilidad desde el prisma de la salud sexual, reproductiva y familiar. En especial, las adolescentes más vulnerables tienen en común: a) un acceso deficiente al consejo contraceptivo, b) una utilización errática de los métodos anticonceptivos y c) viven en situaciones de escaso apoyo familiar para asuntos vitales y/o en franco desamparo. El círculo de la precariedad en la salud sexual y reproductiva de l@s adolescentes se

alimenta de la ausencia de una educación afectivo-sexual reglada y de los déficits de accesibilidad y disponibilidad de atención contraceptiva lo que refuerza el recurso al aborto voluntario o la ocurrencia de nacimientos no planeados. Por otra parte, las restricciones en el acceso al aborto voluntario y la falta de aplicación de protocolos sistemáticos de oferta contraceptiva inmediatamente posterior al aborto o al parto deja la puerta abierta a sucesivos embarazos no planeados y también a abortos de repetición.

En la sociedad española, el inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas expone a l@s adolescentes a una mayor necesidad de regulación de su fecundidad. Por otra parte, las necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva por parte de l@s adolescentes se dan en un contexto donde l@s autócton@s y cada vez más sectores de la población inmigrante han abandonado las pautas fatalistas de fecundidad. Todo ello, provoca en mujeres y hombres en edad fértil una creciente necesidad de acceso y utilización de métodos contraceptivos seguros, eficaces y modernos. La respuesta en términos de políticas públicas de salud sexual y reproductiva debería ser proactiva, equitativa e integradora.

## 5. Conclusiones y Recomendaciones.

Las propuestas a **corto plazo** para asegurar la protección y la promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y la prevención de la maternidad en la adolescencia son aquellas que reúnen condiciones de factibilidad, bajo coste, optimización de recursos y amplia aceptación social. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Proporcionar a l@s adolescentes una atención de salud reproductiva y aborto integradora e interconectada removiendo las barreras que impiden acceder a tiempo a los servicios sanitarios.
- Dar prioridad a las necesidades específicas de salud reproductiva de las adolescentes, de las jóvenes y de las familias más vulnerables y, por tanto, más perjudicadas debido a la privación de atención y de derechos efectivos.
- Sensibilizar mediante campañas públicas de promoción de la equidad de género como la obstaculización o el rechazo de acceso a procedimientos sanitarios que solo las mujeres requieren, como es el caso del aborto, constituye una discriminación de género y una vulneración del derecho humano de las adolescentes, las jóvenes y las mujeres a obtener una atención de salud segura y digna.
- Derogar la Ley Orgánica 11/2015 de 21 de Septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

Las propuestas a **medio plazo** para disminuir la ocurrencia de embarazos y de nacimientos durante la adolescencia así como para prevenir la incidencia de la negligencia y la privación infantil que se deriva de los mismos son aquellas que precisan un impulso sostenido, que suponen procesos de

coordinación institucional y que requieren sinergias intersectoriales y colaboración multidisciplinar. Entre éstas cabe destacar las siguientes:

- Implementar de forma generalizada y sistemática la educación afectivo-sexual en el sistema educativo de tal forma que constituya una parte inherente de los planes de estudios y de los proyectos educativos de los centros. El profesorado deberá recibir formación curricular y formación continuada rigurosa y actualizada así como una dotación específica y el apoyo firme y decidido de las administraciones públicas.
- Implementar líneas de prevención del abandono escolar precoz específicamente dirigidas a chicas y chicos adolescentes cuyas familias sean de origen inmigrante, presenten tendencias a la autosegregación y se vean sometidas a discriminación y estigmatización.
- Promover programas de segundas oportunidades centrados en el apoyo y fortalecimiento de las capacidades maternas que ofrezcan acceso prioritario a madres adolescentes y jóvenes que viven en entornos socioeconómicos adversos. Estos programas deberían implementarse mediante la colaboración pública con el tercer sector social pues este último es capaz de penetrar, atraer y fidelizar a madres adolescentes y jóvenes que se encuentran alejadas de la corriente principal de la sociedad.
- Promover el acceso prioritario, gratuito e inmediato a las guarderías públicas y a las prestaciones de apoyo a la crianza de los bebés nacidos de madres adolescentes y jóvenes en situación de desventaja económica y/o que no han completado la educación secundaria.
- Partiendo del liderazgo de las asociaciones de madres, de mujeres y de familias promover iniciativas, proyectos y programas en colaboración con centros de formación ocupacional y organizaciones de inserción laboral para facilitar la entrada en el mercado laboral de las madres adolescentes y jóvenes pues la progresión hacia su autonomía económica es un factor protector de la negligencia y/o la privación de sus hij@s.

- En el marco de la atención pediátrica integrar e implementar de forma generalizada y sistemática la detección y el abordaje de la privación y/o la negligencia para con la infancia. Para ello, l@s profesionales sanitari@s deben disponer de estímulos y apoyo institucional expresado en forma de monitorización de la práctica clínica y de evaluaciones periódicas.

## 6. Referencias Bibliográficas.

- Bixby Center for Global Reproductive Health (2013) “Turnaway Study”. Advancing New Standards in Reproductive Health. University of California, San Francisco.  
<https://www.ansirh.org/research/turnaway.php>
- Delgado M, Barrios L, Cámara N y Zamora F. (2011) “La Maternidad adolescente en España”. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.  
[http://www.consejomujeresmadrid.org/wp-content/uploads/2013/08/presentacion\\_estudio-adolescentes.pdf](http://www.consejomujeresmadrid.org/wp-content/uploads/2013/08/presentacion_estudio-adolescentes.pdf)
- Didaba Y, Fantahun M and Hindin MJ. (2013) “The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis”. Reprod Health 2013; 10; 50.
- Federación Internacional de Planificación Familiar (2009). “Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos”.  
[https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_pocket\\_guide\\_spanish.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf)
- Federación Internacional de Planificación Familiar (2013). “Barómetro de acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos en 10 países de UE”. Parlamento Europeo.  
[http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro\\_leaflet\\_ES\\_web\\_v3.pdf](http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf)
- Glass C. (2013) “Parental Notification Laws Obstruct Abortion Access”. Truthout, September 2013.  
<http://truth-out.org/news/item/18782-parental-notification-laws-obstruct-abortion-access>

- Instituto Nacional de Estadística (2018) “Encuesta de Fecundidad 2018”  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177006&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195659](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195659)
- Méndez, M E, Gascó M C (2015) “Maternidad en la adolescencia y su impacto intergeneracional”. Asociación Salud y Familia.  
<https://saludyfamilia.es/sites/default/files/Maternidad%20en%20la%20Adolescencia.pdf>
- Raymond EG and Grimes DA. (2012) “The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States”. *Obstet Gynecol*, 2012; 119.
- Save the Children (2014) “Protección de la infancia frente a la pobreza: un derecho, una obligación y una inversión”. Madrid, Enero 2014.
- Shimabukuro JO, Rainso TA (2010) "Requiring parental involvement in a pregnant minor's abortion decision: state laws and recent developments in Abortion: legislative and legal Issues. Nolan, KG Editor, 2010, Nova Science Publishers, Inc.
- The Academy of Medical Royal Colleges (2011) “A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors”, London, 2011.  
[http://www.nccmh.org.uk/reports/ABORTION\\_REPORT\\_WEB%20FINAL.pdf](http://www.nccmh.org.uk/reports/ABORTION_REPORT_WEB%20FINAL.pdf).
- Valcárcel, A (2013) “Sexo y Filosofía”. Madrid, 2013. Horas y Horas la Editorial.
- WHO. (2010) “*Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*”. Geneva, WHO, 2010.

## 7. Declaración de autoría.

La Dra. Elvira Méndez Méndez, médica especialista en medicina preventiva y salud pública es la autora de este Informe y responsable de su orientación, contenidos y fuentes utilizadas.

Este Informe ha sido un encargo de la Asociación Salud y Familia en el marco del programa *MATERNIDADES VULNERABLES* y en su producción han sido relevantes las aportaciones de las señoras Assumpta Baig Torras, Ikram Benamar, Huma Jamshed y Cristina Sánchez Miret.

El Programa *MATERNIDADES VULNERABLES* ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, convocatoria de subvenciones 2019 para la realización de actividades de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.



Associació Asociación  
SALUD y FAMILIA

Diciembre 2020. Barcelona.

Composición de Portada: Pere Anglada.

Diseño y maquetación: Carolina Herrera.

Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento –  
NoComercial-SinObraDerivada- 3.0 Unported de Creative  
Commons. Para ver una copia de esta licencia, visitar:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

