

# **El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud**

Informe final 2004

Ministerio de Salud/CONAPRIS -1-, CEDES -2- - Argentina.

## **Capítulo 5**

### **Conclusiones y recomendaciones**

Estas conclusiones recuperan los principales resultados de cada uno de los componentes del estudio (procesamiento de datos secundarios, encuesta a puérperas y diagnósticos locales), y los reordenan según tres ejes: perfil de las madres adolescentes, perspectivas y líneas de trabajo de los servicios de salud e implementación de políticas y programas de prevención.

A lo largo del trabajo ha resultado evidente que existe un “desfasaje” entre el “sentido común” acerca del embarazo en la adolescencia y el cuadro de situación que surge del análisis de los datos secundarios y de la información generada por la encuesta a puérperas. Asimismo se ha observado que existen diferentes “voces” dentro del discurso de funcionarios y prestadores de salud. Una de ellas “reproduce” muchos de los estereotipos vigentes y, en tal sentido, desconoce en gran medida la realidad que este diagnóstico ha podido reconstruir.

En esta sección se ofrecen un conjunto de recomendaciones, surgidas tanto de los propios informantes como de la reflexión que nos han suscitado los datos producidos y/o analizados a lo largo de esta investigación así como la triangulación entre la información provista por las diferentes técnicas (cuantitativas y cualitativas).

### ***Acerca del perfil de las adolescentes madres***

- El promedio de las adolescentes puérperas encuestadas se inició sexualmente a los 15 años, con su novio.
- La edad promedio al primer embarazo es 16 años y medio.
- Aproximadamente tres cuartas partes de las madres de las adolescentes puérperas (72,1%) también fueron madres adolescentes, confirmando la importancia de la repetición de historias familiares en la ocurrencia del embarazo precoz y abriendo interrogantes acerca del lugar de las condiciones de vida en la reproducción de las conductas reproductivas.
- Los niveles de utilización de anticonceptivos son relativamente altos entre las adolescentes sexualmente activas, respecto de la población femenina en edad reproductiva, con un incremento importante en los últimos años.
- Las fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos incluyen en orden de importancia el centro de salud o el hospital, la escuela, las madres y los pares generacionales.
- Las adolescentes se distinguen del conjunto de las mujeres en edad reproductiva por la mayor utilización de preservativos, la cual se ajusta a la recomendación de la doble protección (anticonceptiva y de enfermedades de transmisión sexual).
- La prevalencia de utilización de anticonceptivos entre las adolescentes puérperas tanto al inicio como en la continuación de la actividad sexual es más alta que entre las mujeres de 15 a 19 años de la población urbana en general.
- Al momento del último embarazo muchas adolescentes se cuidaron de forma intermitente o no se cuidaron a pesar de que no deseaban explícitamente embarazarse y tenían un conocimiento aceptable de los métodos disponibles. Más de un tercio de las que no se cuidaron reportaron que querían tener un hijo, lo cual demuestra que el embarazo en la adolescencia es una alternativa válida para muchas jóvenes.

- Se observaron diferentes “grados de vulnerabilidad” al embarazo accidental entre las adolescentes de los diferentes sitios. Las situaciones más “problemáticas” se presentan en Tucumán, Misiones, Salta y Catamarca, mientras que Chaco, Rosario, GBA y La Plata tienen, a pesar de sus diferencias, la situación es menos desventajosa.
- Casi la totalidad de las encuestadas (94,7%) declara tener intenciones de uso futuro de métodos anticonceptivos. En cuanto a los MAC que las adolescentes tienen previsto usar se encuentran en primer lugar los orales, seguidos por el DIU, mientras que el preservativo sólo recibe un 7,4% de menciones. Si se considera que el método más usado en las adolescentes es el preservativo, el cambio de preferencia reportado indica que luego de un embarazo aparece como prioridad el cuidado anticonceptivo eficaz.
- El hospital o centro de salud es el lugar privilegiado para la obtención del método anticonceptivo elegido. Este dato señala la importancia de un funcionamiento eficaz de los servicios de salud en cuanto a la oferta apropiada y provisión de MAC para adolescentes. A su vez, tanto la internación posparto como la consulta de control prenatal aparecen como oportunidades propicias para brindar consejería y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, dado que en general se suele establecer un vínculo entre prestadores y usuarias.
- Las adolescentes sostienen los altos niveles de control de embarazo de la población femenina bajo cobertura pública en todos los sitios analizados, aunque los inician más tardíamente.
- En cuanto al número de controles la mayoría de las que los realizaron (68.6%) hicieron 5 o más consultas. Se observa que las mujeres que no hicieron controles prenatales o que hicieron sólo un control en todo el embarazo tienden a tener un nivel educativo menor que las que realizaron dos o más controles.
- En cuanto a las prácticas realizadas a las pacientes durante las consultas de control prenatal se observa una alta realización de las prácticas de rutina en consultorio (peso, presión arterial, medición de altura uterina, auscultación del feto). También es alta la proporción de embarazadas a quienes se les hizo una ecografía y se les aplicó una vacuna. Por otro lado, se constata una baja realización de prácticas preventivas en relación al cáncer genito-mamario, y que las prácticas menos comunes son las que tienen que ver con la preparación para la lactancia y la prevención/planificación de futuros embarazos.
- La frecuencia relativa de realización del test de determinación de VIH/sida durante el control de embarazo entre las adolescentes encuestadas resultó superior a la de las mujeres con cobertura pública de todas las edades (1999 y 2001). Esto puede deberse tanto a un posible incremento de la realización del test en el sector público durante los últimos años como a criterios especiales de atención de la población adolescente en este aspecto.
- Los factores más comúnmente asociados con el riesgo perinatal en adolescentes son el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. La mayoría de la bibliografía especializada revisada no permite obtener conclusiones categóricas respecto de los riesgos evaluados, puesto que muchos de los estudios se basan en poblaciones pequeñas, impidiendo la generalización de sus resultados. No obstante, su análisis transversal muestra tendencias y asociaciones relevantes entre el embarazo precoz y los riesgos de parto pretérmino y de bajo peso al nacer.
- En todos los sitios la proporción de cesáreas entre las adolescentes es inferior a la de la población urbana general, incluso a la de las usuarias del hospital público, contradiciendo las declaraciones de los profesionales de salud entrevistados.
- Los varones con quienes las adolescentes encuestada han tenido su primer hijo tienen edades que están dentro de lo socialmente esperado, o bien tienen la misma edad que su compañera o bien la supera en algunos pocos años.
- Sólo un 5% de las adolescentes encuestadas declara que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento de ese hijo. Si bien este grupo de edad tiene un peso relativo

poco significativo es importante tener en cuenta que estas situaciones pueden estar relacionadas con violaciones y abuso sexual.

- En cuanto al vínculo con el padre del bebé al embarazo del primer hijo nacido vivo se observa que el 40,6 % de las entrevistadas reportó estar conviviendo, y un 55,4 % declara que el padre de su primer hijo al momento de su embarazo era su pareja no conviviente. Con lo cual el 96% de las entrevistadas tenía una relación de pareja con el padre del bebé, conviviera o no.

- Se constató que casi la mitad de las adolescentes encuestadas (un 46,3 %) ya no estudiaban al momento de embarazarse, replanteando la relación entre el embarazo y el abandono escolar mostrando que el embarazo no es la causa sino una consecuencia probable del abandono escolar.

- Un tercio del total de las adolescentes encuestadas no estudiaban ni trabajaban al momento de embarazarse de su primer hijo/a. En un contexto de pobreza en donde las expectativas de presente y futuro son restringidas la maternidad puede aparecer para ellas como algo positivo: la posibilidad de tener un proyecto de vida propio.

- De las púerperas que sí estudiaban al momento de embarazarse, más de la mitad abandonaron la escuela al momento del embarazo o antes del 7° mes de embarazo. Sólo 4 de cada 10 continuó estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el 7° mes, lo cual indica que el desgranamiento escolar durante el embarazo es significativo.

- El sentir vergüenza de ir a la escuela embarazada o ser discriminada (y/o pensar que la iban a discriminar en el ámbito escolar) ocupa un lugar de peso entre los motivos de abandono escolar (33,2%). En Tucumán, Salta y Misiones este motivo fue mencionado por la mitad de las adolescentes (un 52,9%, 47,3% y 46,2% de menciones respectivamente).

- 54,9 % de las adolescentes encuestadas manifestaron no querer tener más hijos, 28,7% deseaba tener más hijos, y 16 % no tenía una idea formada al respecto. El 79,2% de las adolescentes piensa como tamaño ideal una familia que tenga entre uno y dos hijos.

- Entre las que desean tener más hijos, sólo una 1 de cada 10 manifestó desear un espaciamiento corto entre partos (de 1 a 2 años), el resto se expresó por períodos de tiempo más largos.

### ***Acerca de los servicios de salud: sus perspectivas y líneas de trabajo***

- Si bien existe un intento de relativización del impacto del embarazo en la adolescencia, la mayoría de los profesionales de los servicios de salud coincide en sus consideraciones más negativas, ya sea en términos biomédicos o en sus aspectos personales, familiares y sociales.

- La mayoría de los profesionales de los servicios de salud coincide que el embarazo en la adolescencia es producto de una 'ausencia', relacionada con la falta o la carencia de lazos afectivos, condiciones económicas satisfactorias, reglas o roles definidos, modelos, 'proyectos de vida', educación o información, y/o acceso a la prevención.

- Los intentos de relativización del embarazo adolescente de los profesionales de los servicios de salud generalmente se fundamentan en la adjudicación de cierta 'naturalidad' a la maternidad precoz en los sectores sociales más desfavorecidos.

- Se establece una recurrente linealidad entre el embarazo precoz y la falta de educación que lleva a muchos de los profesionales entrevistados a proponer la estrategia educativa como principal método de prevención, desconociendo otras alternativas de las políticas y acciones sanitarias.

- Las propuestas de los profesionales de salud orientadas al mejoramiento de la atención del embarazo en la adolescencia resultan mucho más ajustadas a la dinámica y a las posibilidades del sector salud que sus estrategias de prevención. Estas últimas parecen más atadas a

los prejuicios sociales que están orientando las consideraciones acerca de la adolescencia y el embarazo precoz.

- Las estrategias para mejorar la atención propuestas por los entrevistados incluyen: la oferta de servicios integrales para los adolescentes, la disponibilidad de espacios propios en los hospitales y de equipos profesionales especializados, así como el “aceitamiento” de la red de salud y la articulación intersectorial con las organizaciones de la comunidad. Estas propuestas están en sintonía con las recomendaciones especializadas y los acuerdos internacionales en materia de atención de salud de la población adolescente.

- Se observa cierta disparidad jurisdiccional en los abordajes de la sexualidad adolescente, según un mapa regional que sugiere que las provincias del noroeste tendrían mayores dificultades para la extensión de la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y las del nordeste mayor flexibilidad para la extensión de la planificación familiar entre los jóvenes. Los mayores avances en acciones concretas para la atención específica de la sexualidad y del embarazo adolescente parecen concentrarse en los grandes centros urbanos (Gran Rosario y Gran Buenos Aires).

- En todas las jurisdicciones se destaca el rol fundamental que está protagonizando el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la legitimación de la extensión de la cobertura en anticoncepción y en la promoción del acceso a la consulta a través de la garantía de disponibilidad de los insumos.

- No obstante, muchos programas provinciales de salud reproductiva aún no han incorporado a los adolescentes como población objetivo. Se sugiere ampliar la cobertura de los programas provinciales de salud reproductiva a los adolescentes, independientemente de su historia reproductiva, incorporando también a los varones.

- En la mayoría de las jurisdicciones parecen primar las voluntades y las afinidades personales de los profesionales con la atención de adolescentes por sobre los programas o las líneas específicas de trabajo con esta población, especialmente en la atención del embarazo. Son pocos los efectores que cuentan con unidad de adolescencia en sus servicios de ginecología y obstetricia. En muchos casos se señala que estas unidades han existido en el pasado, pero que han dejado de funcionar por falta de recursos o por necesitarse esta infraestructura para la atención de la población general. Se sugiere fomentar la institucionalización de unidades de adolescencia en hospitales generales y maternidades, incluyendo la disposición de espacios propios de atención y de profesionales especializados integrados en equipos interdisciplinarios.

- Muchas de las unidades de adolescencia que están en funcionamiento pertenecen a los hospitales pediátricos, en los que no existe la oferta de anticoncepción. Por tal motivo estas unidades se ven limitadas a la oferta de consejería, sin disponer de métodos anticonceptivos. Se recomienda incluir la oferta de métodos anticonceptivos en todos los consultorios de adolescencia, incluyendo a los que están funcionando en los hospitales pediátricos.

- Los consultorios de planificación familiar de los hospitales generales y las maternidades, así como los centros de salud del primer nivel de atención, no cuentan con preservativos a pesar de que muchos de ellos intentan promover la doble protección en la población adolescente. Se sugiere garantizar la disponibilidad de preservativos en los centros de salud y en los consultorios de adolescencia o de planificación familiar de los hospitales generales o especializados y también sensibilizar y/o capacitar a los profesionales en “doble protección”.

- En la mayoría de las jurisdicciones, con algunas excepciones en los sitios de mayor densidad urbana, parecen seguirse adecuadamente los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y los hospitales en la atención del control de embarazo y del parto. Sin embargo, existen serias dificultades en establecer mecanismos de seguimiento de las pacientes después del parto o de la resolución de la complicación del aborto. Se sugiere fortalecer las redes de referencia entre los centros de salud y los hospitales para la atención del embarazo y del parto en las jurisdicciones en las que estas redes se mostraron más debilita-

das, y para el seguimiento de las pacientes en planificación familiar después del parto o de una internación por complicación de aborto en todas las jurisdicciones.

- Si bien en los servicios se indica la consulta de puerperio que incluye anticoncepción o se refiere a las pacientes que han ingresado por la complicación de un aborto a los consultorios de planificación, en la mayoría de los casos entrevistados se señala que los resultados no son buenos. La repitencia de los embarazos accidentales parece seguir siendo frecuente.
- En la atención de los casos de aborto se aprecia de manera bastante generalizada la subyacencia de un juicio moral respecto de la conducta de la paciente. Se sugiere implementar actividades de capacitación y formación continua de los equipos de salud en calidad de la atención posaborto y en la perspectiva de género y derechos.
- Se observa la generalización de un mecanismo de privatización de la responsabilidad de la denuncia de los casos de violación y abuso sexual, y poca efectividad de los servicios de salud en la prevención del círculo doméstico de la violencia. Se sugiere realizar actividades de capacitación de los equipos de salud en la detección y atención de las víctimas de violencia sexual así como implementar redes de derivación.
- Los hospitales pediátricos han avanzado mucho más en la institucionalización de estrategias de prevención y tratamiento de la violencia sexual que las maternidades y los hospitales generales, contando con protocolos de denuncia y de atención.
- En las maternidades y hospitales generales se observan mayor preocupación frente al diagnóstico y tratamiento de la violencia sexual que en los centros de atención primaria, manifestándose una deuda importante del primer nivel de atención en la identificación y resolución de los casos de violencia. Se sugiere promover la institucionalización de comités de maltrato o violencia familiar en los hospitales, que actúen de manera coordinada con los centros de salud, para agilizar los mecanismos de denuncia de abuso sexual y violación y supervisar el tratamiento adecuado de las víctimas.
- Se observan debilidades en la articulación intersectorial de las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Se recomienda el fortalecimiento de la coordinación de las acciones de prevención del sistema de salud con el sistema educativo y las organizaciones de la sociedad civil.

### ***Acerca de la implementación de políticas y programas de prevención***

- En términos generales, los funcionarios de los distintos sectores involucrados en la definición de políticas y programas para los jóvenes puede distribuirse en dos grandes categorías según su concepción de la adolescencia y el embarazo. Por una parte, están quienes expresan opiniones más generalizadas y esencializadoras de los jóvenes como sujetos inmaduros, incompletos, irracionales y vulnerables, pasibles de control, guía y contención, desconociendo la dimensión histórica de los procesos sociales en los que se constituye la adolescencia y el embarazo. Por otra, quienes están más predispuestos a contextualizar la experiencia de los jóvenes y a distinguir una diversidad de trayectorias de vida así como necesidades disímiles.
- Los discursos reconocen que existe una distancia social significativa entre los jóvenes de los sectores más desfavorecidos y los de los grupos más acomodados. Mientras que en lo que atañe a los sectores medios el problema principal parecería ser la falta de diálogo intergeneracional, los temores sobre la posibilidad futura de inserción laboral y el desarrollo de una carrera universitaria, entre los jóvenes en situación de pobreza la incertidumbre sobre el mañana, la necesidad de vivir el día a día y las escasas posibilidades de “inclusión social” que ofrece hoy nuestro país a un gran número de niños y jóvenes, obturan la posibilidad de pensar en un futuro diferente.
- A partir de los discursos de los funcionarios, se reconstruyen tres perfiles de jóvenes que dimos en llamar niñas–madres, jóvenes de sectores populares y adolescentes de estratos medios y altos. Mayoritariamente se piensa que las jóvenes menores de 15 años no están bajo

ninguna circunstancia preparadas para asumir la maternidad, que el embarazo para las jóvenes de sectores medios amenaza sus posibilidades de realización personal, en el caso de las jóvenes de sectores populares se afirma que, sea por elección, por tradición o por que no existen otras alternativas, la maternidad constituye una manera positiva de realización y afirmación personal.

- Existe un relativo acuerdo en que, excepto en el grupo de menores de 15 en donde pueden estar ocultas situaciones de violencia sexual y abuso y entre las que puede incrementarse significativamente la morbilidad y/o mortalidad materna o perinatal, para las mayores de 15 años el problema no es el embarazo en sí sino las consecuencias del embarazo, fundamentalmente la reacción social y la estigmatización de la que pueden ser objeto en sectores medios y el agravamiento de las condiciones de vida en los estratos más pobres. Otras consecuencias negativas que se visualizan son las complicaciones del aborto inducido entre las jóvenes que carecen de los recursos necesarios para acceder a un aborto seguro.
- En términos generales, los funcionarios acuerdan en que las condiciones negativas sobre la salud de la madre y el niño no son causadas por el propio embarazo, sino por las condiciones de marginalidad en que viven estas jóvenes.
- Si bien se han producido cambios normativo–valorativos que mitigaron la estigmatización de la mujer, ella sigue cargando con el mayor peso en la crianza de los niños. El varón, en términos generales, es el gran ausente y las jóvenes terminan siendo acompañadas por sus padres en el proceso gestacional y en la crianza de los niños.
- Si bien el lenguaje de género ha ingresado en el universo simbólico del funcionariado, la reflexión crítica que posibilite la desnaturalización de otros estereotipos, tales como “las familias disfuncionales”, aún no tiene demasiado peso.
- Se destaca la preocupación por la multiparidad y los cortos períodos intergenésicos. Si bien en muchos casos se los relaciona con “factores culturales, los funcionarios reconocen que las dificultades en el acceso a los servicios de salud y al acceso a métodos anticonceptivos están en la base de estos “problemas”.
- Se observan dificultades comunes a la gestión en otras áreas para el diseño e implementación de políticas y acciones en el área de la salud y el desarrollo de los jóvenes: falta de recursos, fragmentación intrainstitucional e imposibilidad de sostener articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, déficit en la capacitación de recursos humanos, trabajo sobre la urgencia, falta de continuidad en las acciones y ausencia de compromiso político.
- Los programas se caracterizan por su bajo nivel de cobertura e impacto. Si bien en muchos casos existen evaluaciones de proceso, prácticamente no se evalúa resultados e impacto.
- Las jóvenes son beneficiarias de las acciones de los programas provinciales de salud reproductiva en tanto miembros de otros grupos: personas en situación de pobreza, mujeres en edad reproductiva, etc. El escaso nivel de focalización se fundamenta, en términos generales, en el hecho de que las dificultades para acceder al sistema de salud, afectan a todas las mujeres y no tan solo a las jóvenes.
- La posibilidad de superar la fragmentación está vinculada con la posibilidad de atender el desarrollo integral de las jóvenes y las comunidades y no tomarlas de forma aislada. En este sentido destaca la necesidad de generar articulaciones programáticas entre las áreas de salud, educación, juventud y desarrollo social.
- En las provincias relevadas las áreas de juventud tienen mucho menor desarrollo que otros organismos como aquellos que trabajan por los derechos de la mujer. En el primer caso se advierte, salvo excepciones, la falta de familiaridad con el tema en cuestión.
- Si bien la mayoría de los funcionarios remarcó la necesidad de crear programas específicos para adolescentes desde una mirada que aborde integralmente sus necesidades –no exclusivamente la anticoncepción–, la insuficiencia de recursos lo hace poco viable.

- Otras dificultades son propias del área de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, pero, nuevamente, no exclusivas de los adolescentes. Se subraya la dificultad para generar consensos que hagan viable el desarrollo de estas políticas y el fuerte peso que en muchas regiones aún tienen sectores conservadores y la iglesia católica. Aunque las posturas ortodoxas que obstaculizan la implementación de actividades de educación sexual y prevención del embarazo desde una visión de derechos sexuales y reproductivos, no sólo provienen de la Iglesia como institución sino inclusive de muchos miembros de los equipos de salud.
- En muchas provincias el proceso de discusión de leyes de salud sexual y reproductiva se encuentra “empantanado”. La resolución de estos procesos está en parte vinculada con luchas históricas previas a la sanción de la ley nacional. Existen provincias que, habiendo implementado programas con anterioridad a la constitución del programa nacional, no han logrado sancionar o reglamentar una legislación específica. En las provincias donde el proceso se está iniciando, la supervivencia de esos programas depende en parte del arribo de fondos o insumos desde el estado nacional y en una cierta discrecionalidad en la difusión de los programas.
- La sanción de la ley nacional y el envío de insumos ha abierto nuevos horizontes en algunas provincias, pero los funcionarios avizoran que esto no es suficiente y reclaman un rol más activo del estado nacional en la promoción de las acciones en el nivel local.

### **Notas**

**-1-** Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria - Ministerio de Salud, Argentina - Av. 9 de Julio 1925, P. 8º (1073ABA) Buenos Aires, Argentina - Tel: (54-11) 4379-9013/9118 - Email: [asinvtec@msal.gov.ar](mailto:asinvtec@msal.gov.ar) - [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

**-2-** Centro de Estudios de Estado y Sociedad - Sánchez de Bustamante 27, (1173) Buenos Aires, Argentina - Tel/Fax: (54-11) 4865-1707/1704 - Email: [cedes@cedes.org](mailto:cedes@cedes.org) / [eadol@cedes.org](mailto:eadol@cedes.org) - [www.cedes.org](http://www.cedes.org)