

El embarazo en la adolescencia

Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud

ANTECEDENTES

El Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), con el apoyo de la Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, realizó una investigación durante el período mayo 2003- junio 2004 en 7 jurisdicciones.

El estudio se propuso elaborar un diagnóstico de situación destinado a proveer insumos para reorientar acciones en el sector salud y contribuir a la elaboración de consensos locales en torno de las estrategias más adecuadas para mejorar la prevención del embarazo no planeado y la atención del embarazo y parto.

El estudio se desarrolló en Catamarca, Chaco, Gran Buenos Aires, Misiones, Rosario, Salta y Tucumán. Estos sitios fueron seleccionados atendiendo a las tasas de fecundidad adolescente y al peso de los nacimientos de mujeres de 15 a 19 sobre el total de nacimientos.

El proyecto fue coordinado por Mónica Gogna (CEDES-CONICET). Integraron el equipo de investigación: Silvia Fernández (CEDES), Nina Zamberlin (CEDES) y los siguientes beneficiarios de las becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" 2003: Ariel Adaszko, Valeria Alonso, Georgina Binstock (CENEP) y Fabián Portnoy. Los becarios que llevaron adelante la investigación en los sitios fueron: Paola Andreatta, Fernanda Candio, Raúl Claramunt, Evelina Chapman, Mara Elisabeth Duhart, Lidia Mobilio, Silvia Nudelman y Silvia Yocca de Sabio.

LOS OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

- a) Elaborar diagnósticos de situación para orientar el diseño de intervenciones destinadas a prevenir el embarazo adolescente no planeado y su repitencia.
- b) Contribuir a la elaboración de consensos a nivel local acerca de las estrategias de acción prioritarias.
- c) Favorecer el desarrollo de las capacidades de investigación a nivel local.

LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bibliográfica de la literatura socioantropológica sobre el embarazo en la adolescencia y de la literatura biomédica acerca de sus efectos sobre la salud perinatal.
- Elaborar un perfil sociodemográfico de las adolescentes madres y no madres y producir información sobre los padres de los hijos/as de madres adolescentes.
- Sistematizar la información secundaria disponible acerca de la atención del embarazo y el parto de las adolescentes.
- Producir información sobre la historia reproductiva, la atención del embarazo y el conocimiento e intención de uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes que atienden sus partos en las principales maternidades de las jurisdicciones incluidas en el estudio.

- Realizar en cada sitio un encuentro de presentación de los resultados de la investigación con participación de funcionarios de las áreas de salud, educación, desarrollo social, ONG e investigadores con el propósito de contribuir a la construcción de consensos en torno a las estrategias de prevención prioritarias.

ESTRATEGIAS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN

El estudio utilizó diferentes fuentes de datos y técnicas de investigación (cuantitativas y cualitativas):

- Análisis de datos secundarios (Censo 2001; Encuesta de Condiciones de Vida, SIEMPRO, 2001, Estadísticas Vitales). A partir de información censal y de las estadísticas vitales se realizó un diagnóstico de la fecundidad adolescente en la Argentina y sus jurisdicciones.
- Entrevistas a informantes clave (de las áreas de salud, educación, desarrollo social, ONG, líderes comunitarios) para conocer su opinión acerca de las acciones de prevención en curso y explorar otras alternativas de intervención. Se realizaron 111 entrevistas. Las principales categorías de informantes fueron: funcionarios (43 entrevistas), prestadores de servicios de salud (31 entrevistas) y ONG (26 entrevistas).
- Encuesta a púérperas de 15 a 19 años que tuvieron sus partos en 14 maternidades públicas. Fue aplicada por encuestadoras capacitadas, con el consentimiento informado de las adolescentes, durante un período de dos meses. El cuestionario constó de 6 módulos: atención del embarazo y el parto; historia reproductiva; conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; situación al nacimiento del primer hijo nacido vivo; "futuro" y perfil sociodemográfico.
Sobre un total de 1.881 partos fueron entrevistadas 1.645 jóvenes (87,5%). De las 236 que no fueron entrevistadas 9,7% correspondieron a criterios de exclusión preestablecidos, 2,4% fueron casos perdidos y 0,5% no aceptó participar de la encuesta.
- Grupos focales. Se realizaron 10 grupos focales con varones y mujeres (con y sin hijos) de 15 a 19 años en Chaco, Tucumán y Gran Buenos Aires, con el objetivo de conocer las opiniones y experiencias de los/las adolescentes acerca del embarazo en la adolescencia y profundizar algunos hallazgos de la encuesta a púérperas.

PRINCIPALES HALLAZGOS

Perfil de las adolescentes madres, historia reproductiva y situación al primer embarazo

- La edad promedio de las encuestadas es 17,5. El 56,7% se concentró en los 18 y 19 años.
- Con respecto al máximo nivel educativo alcanzado 14,2% tiene primaria incompleta; 21,6% primaria completa; 51,6% secundaria incompleta y 12,5% tiene secundaria completa o más.
- El 55,4% vive en condiciones de hacinamiento (3 personas o más por cuarto) y dentro de este grupo 22% lo hace en condiciones de hacinamiento crítico (4 personas o más por cuarto).
- El 65,7% convive con su pareja y el 30,9% convive con sus hijos y otros familiares.
- El 73,5% son primíparas; 22% tenía dos hijos y el 4% restante, 3 o más.
- La edad de iniciación sexual es en promedio los 15 años, con escasas variaciones entre los sitios.
- El 86,1% se inició sexualmente con el novio, 8,5% con un amigo o conocido y 3,8% con el marido o pareja conviviente.

- Alrededor del 60% de las adolescentes utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Esta proporción varía del 45% al 69,2% entre los sitios. El preservativo es el método por excelencia: 8 de cada 10 adolescentes que se cuidaron en la iniciación lo utilizaron.
- En la iniciación sexual utilizaron un método anticonceptivo el 55,7% de las jóvenes con menos de 10 años de escolaridad pero el 67,9% de las que tenían más educación.
- La edad promedio al primer embarazo es 16,5 años.
- En términos generales, el padre del primer hijo/a nacido/a vivo tiene la misma edad que la adolescente o la supera en pocos años. Un 5% de las adolescentes de 15 a 19 años encuestadas declara que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento de ese hijo. Estas situaciones podrían estar indicando la existencia de situaciones de coerción sexual o violación.
- Al momento de quedar embarazadas de su primer hijo/a (nacido vivo), el 40,6% de las encuestadas convivía con el padre del niño/a y el 55,4 % estaba en pareja aunque no convivía.
- El 46,3% de las encuestadas estaba fuera del sistema escolar al momento de embarazarse. De ellas, sólo un 9,2% terminó el secundario, un 26,7% había completado el EGB o tenía el polimodal incompleto y un 63,9% tenía EGB incompleto.
- Merece especial atención el hecho de que un tercio de las adolescentes no estudiaba ni trabajaba al momento de embarazarse de su primer hijo/a. Esta proporción alcanza a la mitad de las adolescentes entrevistadas en Tucumán.
- De las adolescentes que estudiaban al momento de embarazarse, sólo 4 de cada 10 continuó sus estudios hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el séptimo mes. Esto indica que el desgranamiento escolar durante el embarazo es significativo. Al indagar en la estructura de motivos mencionados por las adolescentes para abandonar la escuela durante su embarazo se constata que el sentir vergüenza de ir a la escuela embarazada o el temor de ser discriminada ocupa un lugar de peso (28,1%). En Tucumán este motivo fue mencionado por la mitad de las adolescentes (50,9%), mientras que en Salta y Misiones este motivo obtuvo un 41,8% y 35,9% de menciones respectivamente.
- Al momento del último embarazo, el 81,5% de las encuestadas no estaba utilizando un método anticonceptivo. El 43,6% de ellas reportó que quería tener un hijo. La proporción de jóvenes que querían embarazarse es mayor entre las de 18-19 años (48,2%) que entre las de 15-17 (38%); es del 50% entre las que no estaban estudiando (independientemente de que hubieran terminado o no el secundario) y de 38% entre las que estaban estudiando. También es mayor entre las que convivían con una pareja (58%) que entre las que no convivían con una pareja (33%). La proporción de jóvenes que manifestaron que querían tener un hijo varía del 28,6% al 59,2% entre las jurisdicciones.
- Casi la totalidad de las encuestadas (94,7%) declara tener intenciones de usar métodos anticonceptivos. Los métodos preferidos son, en orden de importancia: las píldoras (44,7%), el DIU (36%), los inyectables (9,1%) y el preservativo (7,4%).
- El hospital o centro de salud es el lugar donde piensan recurrir para obtener el método anticonceptivo elegido.
- Con respecto al último embarazo, la mayoría de las encuestadas (96,5%) realizó controles prenatales. La proporción que no realizó ningún control es 3,5% (con variaciones del 1,6% al 6,8% entre los sitios). La mayor proporción de encuestadas que no realizó controles refirió como motivo la falta de accesibilidad a los servicios (distancia, carecer de dinero para el transporte, falta de tiempo) (37,9%). Una de cada cuatro

respondió que no le pareció importante o que no quiso controlar su embarazo (25,9%). La mayoría de las jóvenes hizo 5 o más consultas (68,6%). El 51,7% de las jóvenes que no habían completado el nivel primario realizaron 5 o más controles, mientras que entre las que tenían secundaria incompleta este proporción ronda el 75% y entre las que terminaron la secundaria asciende a 82,4%.

- El 56,4% de las jóvenes que realizaron al menos un control prenatal lo hicieron durante el primer trimestre. El rango de variación de la captación temprana en los sitios fluctúa entre el 46,9% y el 72,5%.
- Se reporta una alta realización (90% o más) de las prácticas de rutina en consultorio (peso, presión arterial, medición de altura uterina y auscultación del feto). También es alta la proporción de embarazadas a quienes se les hizo una ecografía y se les aplicó una vacuna. Un tercio de las adolescentes que asistió a controles prenatales recibió información sobre métodos anticonceptivos. Una proporción similar recibió asesoramiento sobre preparación para la lactancia.
- La frecuencia relativa de realización del test de determinación de vih/sida durante el control del embarazo entre las adolescentes encuestadas (69,2%) también es elevada.
- El 54,9% de las adolescentes encuestadas manifestó no querer tener más hijos, el 28,7% deseaba tener más hijos, y el 16% no tenía una idea formada al respecto. 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 periodos de tiempo más largos.

Perspectivas y líneas de trabajo de los servicios de salud

- 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 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 informantes incluyen la oferta de servicios integrales para los adolescentes, la disponibilidad de espacios propios en los hospitales y de equipos profesionales especializados, el adecuado funcionamiento de la red de salud y la articulación intersectorial con las organizaciones de la comunidad.
- Se destaca el rol fundamental del 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.
- Algunos programas provinciales de salud reproductiva aún no han incorporado a los adolescentes como población objetivo. 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.
- 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.

- 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.
- 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 y los centros de atención primaria. Los primeros han desarrollado protocolos de atención y de denuncia.

Perspectivas de los funcionarios e implementación de políticas y programas

- Algunos funcionarios expresan opiniones “esencializadoras” respecto de los adolescentes (sujetos inmaduros, incompletos, irracionales y vulnerables). Otros están más predispuestos a contextualizar la experiencia de los jóvenes y a distinguir una diversidad de trayectorias de vida así como necesidades disímiles.
- Existe un relativo acuerdo en que, excepto en el grupo de menores de 15 años en donde pueden estar ocultas situaciones de violencia sexual y abuso y entre las que pueden incrementarse significativamente la morbilidad y/o mortalidad materna o perinatal, para las mayores de 15 años el embarazo no es un problema en términos biomédicos, aunque se advierte preocupación por la multiparidad y los cortos períodos intergenésicos.
- 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.
- 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: 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.
- Se destaca la necesidad de generar articulaciones programáticas entre las áreas de salud, educación, juventud y desarrollo social.
- Las áreas de juventud relevadas tienen mucho menor desarrollo que otros organismos (por ejemplo, áreas de la mujer) y evidencian, salvo excepciones, la falta de familiaridad con el tema en cuestión.
- Se subraya la dificultad para generar consensos que hagan viable el desarrollo de acciones dirigidas a la población adolescente debido al fuerte peso que en muchas regiones aún tienen sectores conservadores y la Iglesia Católica.
- Se advierten posturas que obstaculizan la implementación de actividades de educación sexual y prevención del embarazo también por parte de muchos miembros de los equipos de salud.
- La sanción de la ley nacional y el envío de insumos ha abierto nuevos horizontes en algunas provincias, pero los funcionarios entienden que esto no es suficiente y reclaman un rol más activo del Estado nacional en la promoción de las acciones en el nivel local.

NUESTRAS PROPUESTAS

- Ampliar la cobertura de los programas provinciales de salud reproductiva a los adolescentes, independientemente de si tienen o no hijos e incorporar a los varones.
- Promover la institucionalización de unidades de adolescencia en hospitales generales y maternidades, que dispongan de espacios propios para la atención y cuenten con profesionales especializados que trabajen en forma interdisciplinaria.
- Ofrecer métodos anticonceptivos en todos los consultorios de adolescencia, incluyendo los que están funcionando en los hospitales pediátricos.
- 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
- Sensibilizar y/o capacitar a los profesionales en “doble protección”.
- Promover la consejería anticonceptiva en la consulta de control prenatal, aprovechando el vínculo personalizado entre prestadores y usuarias adolescentes que reportan los informantes clave. Asimismo, la internación por complicaciones de aborto y la consulta de puerperio son instancias que no deberían ser desaprovechadas en tal sentido.
- 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 debilitadas. En todas las jurisdicciones, mejorar la consejería anticonceptiva y el seguimiento de las pacientes en el puerperio y en el pos-aborto.
- Implementar actividades de capacitación y formación continua de los equipos de salud en: a) calidad de la atención pos-aborto, b) perspectiva de género y derechos; c) detección y atención de las víctimas de violencia sexual.
- 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 supervisen el tratamiento adecuado de las víctimas.
- Fortalecer la coordinación de las acciones de prevención en salud reproductiva del sector salud con el sistema educativo y las organizaciones de la sociedad civil.

Informe final disponible en:

<http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>

<http://www.msal.gov.ar/hm/site/publicaciones.asp>

CEDES

Sánchez de Bustamante 27
C1173AAA Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54-11) 4865-1707/1704
correo electrónico: salud@cedes.org
web: www.cedes.org