

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS



Factores relacionados
con el embarazo
y la maternidad
en menores de 15 años
en América Latina
y el Caribe



Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años

AUTORES:

- Pio Iván Gómez. MD, MsC Profesor Titular Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia
- Ramiro Molina. MD, MPH. Profesor Titular Facultad de Medicina Universidad de Chile
- Nina Zamberlin. Socióloga, Consultora del Programa Nacional de Salud en la Adolescencia, Ministerio de Salud, Argentina

Los autores agradecen a las siguientes personas que colaboraron en la recolección de información: Paulina Troncoso (Chile), Diva Moreno (Colombia), Angélica Vargas (Costa Rica), Myrna Ortega Blanco (Cuba), Karla Patricia Castellanos (Honduras), Adolfo Rechkemmer (Perú), Adolfo Orellana Marín (Perú) y José Figueroa Méndez (República Dominicana).

EDITOR RESPONSABLE:

Luis Távara Orozco

Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.
Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.
Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460.
www.promsex.org

Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos
Calle Los Almendros 265-103. Residencial Monterrico, La Molina, Lima, Perú

Primera edición, enero 2011
Tiraje: 500 ejemplares

Autores:

Pio Iván Gómez
Ramiro Molina
Nina Zamberlin

Editor responsable:

Dr. Luis Távara Orozco

Diseño y diagramación:

Julissa Soriano / Raphael Guevara

Fotografía:

©iStockphoto.com

Impresión:

erre&erre artes gráficas. Calle Mama Oclo 1916, Lima 14 - Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional N° 2011-00701
ISBN: 978-612-45897-6-8

Impreso en el Perú

Las opiniones expresadas en este documento son de estricta responsabilidad de sus autores y no del Fondo de Población de Naciones Unidas/LACRO

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG 2008-2011

Presidente: Dr. Nilson Roberto De Melo

Secretario: Dr. Fernando Eduardo Protta

Tesorero: Dr. Luciano De Melo Pompei

Past Presidente: Dr. Angel Terrero

Vice Presidente Grupo Bolivariano: Dr. Pedro Faneite

Vice Presidente Países del Cono Sur: Dr. Jorge Sarrouf

Vice Presidenta para Centro América: Dra. Mercedes Abrego de Aguilar

Vice Presidente para México y Caribe: Dr. Javier Santos

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos 2008-2011

Coordinador: Dr. Luis Távara Orozco

Coordinador para México y Caribe: Dr. José Figueroa

Coordinadora para Centro América: Dra. Marina Padilla de Gil

Coordinador para los países Bolivarianos: Dr. Pio Iván Gómez

Coordinador para los países del Cono Sur: Dr. José-Enrique Pons

Representante de las organizaciones de la Sociedad Civil: Mag. Susana Chávez

El Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG agradece al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) por su apoyo técnico y financiero para la organización de la reunión con los responsables de este trabajo, y la publicación del texto final.

Índice

Presentación	8
Introducción	12
PRIMERA SECCIÓN	13
Conceptos sobre adolescencia y su desarrollo	14
Fecundidad en la adolescencia	15
Condicionantes sociales del embarazo en adolescentes menores de 15 años	22
- Iniciación sexual	22
- Violencia sexual	24
- Explotación sexual	26
- Uso de métodos anticonceptivos	27
- Aborto	28
- Programas de salud reproductiva para adolescentes	30
Referencias	32
SEGUNDA SECCIÓN	32
Aspectos clínico-epidemiológicos de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil en embarazo adolescente de menores de 15 años y de 15-19 años	36
Morbilidad adolescente	37
Mortalidad materna	41
Mortalidad perinatal e infantil	45
Peso y edad gestacional en madres adolescentes	47
Indicadores relacionados con la mortalidad materna y perinatal	48
Factores condicionantes del mayor riesgo de madres menores de 15 años	50
Concepto de riesgo predictivo para la atención de adolescentes embarazadas	53
Seguimiento de madres adolescentes y sus hijos/as	56
Aborto en adolescentes con especial atención en menores de 15 años	61
Referencias	60

TERCERA SECCION	63
Prevencción del embarazo en las adolescentes	64
Anticoncepción	65
Anticoncepción de emergencia	68
Políticas públicas de juventud en la región	70
Educación sexual	71
Violencia sexual contra adolescentes menores de 15 años	73
El embarazo no deseado como consecuencia de la violencia sexual	76
Prevencción de la violencia sexual	79
Referencias	81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
Conclusiones	84
Recomendaciones	85

Presentación

De acuerdo a recientes reportes de la OMS:

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo
- Más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años
- Existen 111 millones de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables en menores de 25 años
- Más de la mitad de de casos nuevos de infección por VIH (más de 7,000 por día) ocurre en jóvenes
- La violación e incesto ocurre en el 7 al 34% de las niñas y en el 3 al 29% de los niños
- El 10% de los partos acontece en adolescentes
- La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años
- Cada 5 minutos se produce un suicidio de adolescentes por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva.

La población de América Latina y El Caribe ha cambiado en su estructura durante las últimas décadas, sin embargo los/as adolescentes constituyen una proporción importante de esa población, que supera el 20%.

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la Violencia Basada en Género (VBG) y especialmente a la violencia sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual sin tener en cuenta la necesidad de la anticoncepción, o sin haber tenido acceso a servicios apropiados.

Con frecuencia las adolescentes en América Latina no usan métodos anticonceptivos, a pesar que una importante proporción de ellas los conoce. Es preocupante que muchas de las que usan el método del ritmo no conozcan adecuadamente el período fértil.

Las tasas de fecundidad de las adolescentes no han disminuido en forma importante durante los últimos 20 años. Mientras que la fecundidad en las adultas disminuye por el uso de métodos anticonceptivos, en las adolescentes sucede principalmente por la postergación de la primera unión, o se mantiene más o menos estable.

En América Latina y El Caribe existe una proporción importante de jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que deriva en una alta proporción de embarazos no deseados, así como en un mayor riesgo de contraer ITS/VIH/Sida. Muchos de los embarazos que ocurren en niñas menores de 15 años son producto de una violación sexual, practicada por integrantes de la familia o personas allegadas a la misma.

En 1993 UNICEF reportó que en el Perú, el 60% de los embarazos en niñas de 12 a 14 años tenía su origen en el incesto o en la violación, constituyéndose en una manifestación extrema del abuso sexual. De otro lado, en un grupo focal realizado en 1998, Pathfinder encontró que el 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación, en la mayor parte de casos sucedida en el ambiente intrafamiliar.

Se debe tener en cuenta que los embarazos no planeados en la adolescencia ocurren por:

- Falta de información sobre métodos anticonceptivos
- Relaciones sexuales sin protección
- Falla anticonceptiva
- Uso incorrecto de métodos anticonceptivos, a veces debido a efectos del alcohol o drogas
- Violación

De acuerdo a la CEPAL, la maternidad en adolescentes está por encima de 20% en América Latina y esta variable se encuentra en estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano. De otro lado, se conoce que el embarazo en niñas menores de 15 años tiene severas repercusiones biológicas, a las que habría que agregar las de carácter psico-social.

Siendo con frecuencia el embarazo en adolescentes muy jóvenes originado de una violación sexual, debemos decir que vivir una vida sexual sin violencia es un derecho humano básico; sin embargo en todos los países la violencia expresada en diversas formas afecta a las mujeres de los diferentes grupos sociales y de edad. Las mujeres que se encuentran más desamparadas y las que viven en escenarios de disturbios civiles, conflictos o guerra corren aún mayor riesgo de padecer la violencia. La edad no es una barrera contra la violencia, puesto que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas pueden sufrir lesiones físicas y psicológicas y, en casos extremos, la muerte. Sin embargo son las mujeres muy jóvenes, menores de 15 años las que quizás afrontan las mayores consecuencias en su vida sexual y reproductiva, particularmente por el riesgo que representa el contagio de infecciones de transmisión sexual/VIH/Sida y el embarazo no deseado. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta. La tolerancia social de la violencia y el temor que sienten las víctimas hacen difícil que la mujer denuncie el abuso físico y sexual y, por tanto, la información estadística se hace cuestionable. Por otro lado, los/as profesionales de la salud debido a su orientación eminentemente biomédica no indagan sobre violencia en las mujeres que atienden, y si la encuentran, no le dan la debida importancia, porque la consideran un asunto privado y las mujeres muy jóvenes que han sido violentadas sexualmente evitan informar o hacer una denuncia.

La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo.

La violencia existe desde siempre, pero recién en las últimas tres décadas del siglo XX se le empieza a tratar en forma abierta, lo que originó la elaboración de políticas públicas en algunos países, y luego de las Conferencias de El Cairo y Beijing se extendió esta preocupación a nivel internacional.

Dado que el embarazo en adolescentes muy jóvenes y la violencia sexual como determinante del embarazo son problemas de salud pública y de derechos humanos y que esta agresión contra la mujer provoca serias consecuencias físicas, mentales y sociales, así como graves secuelas en la vida sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG quiere ofrecer a los/as lectores/as del reporte final de esta consultoría información suficiente de lo que sucede con el embarazo en adolescentes de América Latina y El Caribe y ofrecer recomendaciones

que permitan una correcta prevención del problema, así como manejo adecuado a nivel de los servicios de atención.

Para ello se convocó a los tres consultores, autores de este texto, cuya experiencia y calidades profesionales en el tema de adolescencia los hacen depositarios de la confianza de nuestra institución. No dudamos que lo recopilado aquí por ellos tiene enorme trascendencia en el tema de la adolescente menor de 15 años, dado de que existe escasa información al respecto y las estadísticas consideran muy poco a este sector poblacional. Nuestro agradecimiento a ellos

Luis Távara Orozco
Coordinador del Comité de Derechos
Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Introducción

El embarazo en adolescentes menores de 15 años y el abuso y la violencia sexual como potencial causa de estos embarazos son problemas de salud pública y de derechos humanos que generan graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales. Sin embargo, estos problemas no han recibido suficiente atención en el campo de la salud sexual y reproductiva. Por ello, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG propuso desarrollar un documento informativo sobre el embarazo en adolescentes menores de 15 años en América Latina y El Caribe que resuma y sistematice la información disponible y que ofrezca recomendaciones que permitan su prevención, así como un manejo adecuado a nivel de los servicios de atención.

El presente documento se divide en tres secciones. La primera es una introducción al tema donde se examinan los condicionantes económico sociales y la vulnerabilidad de las adolescentes menores de 15 años a la violencia sexual y al embarazo no deseado/no planeado. En la segunda sección se incluyen los aspectos clínico-epidemiológicos del embarazo en las adolescentes menores de 15 años, el parto y recién nacido(a), morbilidad obstétrica y perinatal, y mortalidad materna y perinatal. La tercera sección se centra en los aspectos relevantes para la prevención del embarazo en la adolescencia temprana incluyendo recomendaciones para los programas de salud.

La información que aquí se presenta se obtuvo mediante una revisión no sistemática de la literatura en las bases de datos: Bireme, Ebsco, Imbiomed, Lilacs, MedLine, Adolec, Ovid y ProQuest. De igual forma, se buscaron artículos en Google académico, páginas web de Unesco, Unicef, OMS/OPS, EngenderHealth, Ipas, FHI, Population Council, monografías online, páginas web de los Institutos o Departamentos Nacionales de Estadísticas y Censos, de los respectivos Ministerios de Salud y demás documentos que pudieran aportar al tema de estudio. Se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en español, inglés y portugués para la búsqueda en bases de datos. Por otro lado, se diseñó un formulario con un conjunto de indicadores relevantes que se envió a informantes clave vinculados a FLASOG o a los Ministerios de Salud en cada uno de los países de la región. A través de esta consulta se obtuvieron datos de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana y Perú.

Primera Sección



Conceptos sobre adolescencia y su desarrollo

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Algunos/as autores/as identifican tres etapas de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) (1, 2).

Una de cada cinco personas en el mundo es adolescente de entre 10 y 19 años, población que alcanza actualmente 1.300 millones, la mayor generación adolescente registrada en la historia. La mitad de ellos/as son pobres y una cuarta parte vive en extrema pobreza (3).

La adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al/la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia. El desarrollo físico ocurre varios años antes de que se alcance la madurez psicológica y social. Esta brecha es de crítica importancia en el análisis de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del tramo de 10 a 14 años.

La etapa adolescente abarca situaciones muy diversas. Durante este período los y las adolescentes tienen necesidades específicas para alcanzar un desarrollo pleno y saludable. Por ejemplo las necesidades de una niña de 12 años serán muy distintas a la de una de 17 años. La adolescencia tardía (15-19) es la que recibe mayor atención y es el principal foco de las políticas públicas de adolescencia y juventud, mientras que el inicio de la pubertad y la adolescencia temprana reciben escasa atención a pesar de que constituyen una etapa crítica del desarrollo físico y psicológico, y un momento de máxima vulnerabilidad y de exposición a riesgos que pueden acarrear consecuencias de por vida. En este sentido, el período entre los 10 y los 14 años también es un momento de gran oportunidad para que los adultos, padres/madres, docentes, cuidadores/as y equipos de salud intervengan para acompañar a los y las adolescentes en su transición hacia la madurez, ayudándolos a desarrollar competencias y habilidades y a reducir los riesgos y daños (2).

A pesar de ser una etapa crítica del desarrollo, los y las adolescentes más jóvenes usualmente quedan invisibilizados(as) en el abordaje programático de la adolescencia

Entre los 10 y los 14 años el cuerpo experimenta rápidas transformaciones incluyendo el desarrollo sexual. En los últimos 200 años la edad de inicio de la pubertad descendió cerca de tres años, y actualmente puede ocurrir tan temprano como a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños, si bien para la mayoría de los niños y niñas se da entre los 10 y los 14 años.

En esta etapa los y las adolescentes son todavía niños y niñas que comienzan a identificarse como sujetos con una identidad separada a la de sus padres y su familia y que empezarán a desarrollar conflictos con estos por su autonomía y cada vez compartirán más tiempo con sus pares, se preocuparán por ser aceptados e insertarse en la cultura juvenil popular y comenzarán a sentirse atraídos física y emocionalmente hacia otros (2).

En este período las diferencias de género se encarnan fuertemente. Hombres y mujeres interiorizan los mensajes diferenciales acerca de los roles femenino y masculino que reciben por parte de los adultos, los medios de comunicación y las instituciones. Los hombres son presionados para iniciarse sexualmente mientras que se espera que las mujeres controlen su deseo sexual y eviten la exploración sexual. Así se promueve el comportamiento sexual de riesgo en los primeros, a la vez que a las mujeres se les niega la información y los servicios básicos de salud sexual y reproductiva (4). Al mismo tiempo, los y las adolescentes están permanentemente expuestos/as a imágenes y mensajes de alto contenido sexual particularmente en la televisión, y también en la música, los medios gráficos e Internet.

La adolescencia temprana es también una etapa de toma de riesgo y de experimentación con conductas adultas (como por ejemplo fumar) con una comprensión limitada del alcance del riesgo, sumada a sensaciones de invulnerabilidad y omnipotencia que afectan la posibilidad de implementar medidas de prevención. Por otro lado, situaciones de pobreza y abandono con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir.

Fecundidad en la adolescencia

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico (5). Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo.

Para muchas adolescentes que viven en situación de pobreza un/a hijo(a) representa no sólo un objeto de afecto, sino que es también un pasaje a la adultez y a una posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer. Su ocurrencia a edad temprana y fuera del marco de una pareja estable es más tolerada social y familiarmente en los estratos de menores recursos.

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano ligado al deseo de tener hijos(as) propios(as) para no seguir cuidando de los(as) hermanos(as) pequeños(as), tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres (6). Por otro lado, el embarazo también puede ser un mecanismo para obtener protección o apoyo económico por parte del hombre. Estas variables podrían explicar parcialmente el fracaso reiterado de los programas destinados a evitar la repitencia de embarazos en la adolescencia (7).

Si bien es posible afirmar que en ciertos contextos culturales el embarazo en la adolescencia es esperado, aceptado e incluso alentado, cuando ocurre antes de los 15 años merece un análisis particular no sólo por la complejidad de las causas que lo originan sino también por los mayores riesgos biomédicos que implica el embarazo a tan temprana edad.

Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza deben considerarse en dos sentidos. Por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para el desarrollo de los(as) hijos(as); de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer (5,8).

Anualmente en el mundo, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres. La gran mayoría (95%) de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe 18% de todos los nacimientos corresponde a madres adolescentes de 15 a 19 años (9).

Las estadísticas de fecundidad se suelen calcular para la población de 15 a 49 años, período considerado como edad fértil, que excluye a las menores de 15 años. Esto se debe a que la edad fértil se inicia a partir de la menarquía, evento que ocurre generalmente entre los 12 y 14 años. Otro factor que afecta la estimación de la fertilidad en este período, es la alta proporción de ciclos anovulatorios entre los 12 y 14 años que alcanza entre 55% y 82%(10). De manera tal que es

difícil estimar la fertilidad de la población del grupo etáreo 10 a 14 años. Por lo tanto, tomar el total de población femenina correspondiente al intervalo de 10 a 14 años como denominador para el cálculo de la fecundidad en ese grupo, reviste imprecisiones. Por ello, la expresión de fecundidad en menores de 15 se denomina “razón”, pues se incluye en el denominador un universo poblacional donde no todas las mujeres han ingresado a la edad fértil (11).

Son pocos los países de la región que registran datos de fecundidad en menores de 15 años de forma discriminada. Las encuestas de Demografía y Salud (EDS), una de las fuentes de datos más importantes en la región, se aplican a mujeres de 15 a 49 años. Existen algunas investigaciones de alcance local con muestras intencionales que aportan información sobre el segmento de 10 a 14 años (8).

Además de la invisibilidad en los registros estadísticos, son escasos los estudios que abordan el embarazo y la maternidad en el inicio de la pubertad y su impacto biológico, psíquico y social. Distintas razones contribuyen a este vacío. Por un lado, la fecundidad de las menores de 15 años es muy costosa de captar en encuestas por muestreo probabilístico, ya que es un fenómeno relativamente infrecuente (8). Por otro lado, las cuestiones éticas de la investigación hacen que se excluya a las menores de 15 de las muestras, ya que en muchos contextos se considera que por debajo de los 15 años las personas no pueden dar su consentimiento informado para participar en una investigación y requieren del consentimiento de sus padres. También, el hecho que en este grupo etáreo los embarazos tengan una estrecha relación con el abuso sexual, muchas veces perpetrado por familiares directos, complejiza las investigaciones aún más, ya que éstas deberían contemplar dispositivos de contención y resguardo de las niñas estudiadas así como la obligación de denunciar los casos de abuso detectados.

La maternidad en la adolescencia precoz representa un problema socio-sanitario, es considerada un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales. Se encuentra vinculada a problemas de pobreza, educación, inequidad de género, vulneración de los derechos y contextos familiares adversos. No es un hecho aislado, sino determinado por un conjunto de variables macro y micro sociales que inciden fuertemente en su ocurrencia.

Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son en su mayoría embarazos no deseados. Esta situación afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más desprotegidos. Diversos factores inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes en menores de 15 años, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas. Asimismo, como causales directas revisten particular importancia el abuso sexual, las relaciones sexuales forzadas y la explotación sexual.

Preocupan especialmente las repercusiones bio-psico-sociales del embarazo precoz. Como se ampliará más adelante, el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (16 a 19 años) estaría asociado con factores sociales más que con la edad materna, mientras que en las de 14 años y

menos los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna. La evidencia muestra que las mayores de 15 años, cuando reciben apoyo y tienen un adecuado control prenatal, tienen resultados obstétricos comparables a los de mujeres de mayor edad; mientras que las de 15 años y menos presentan mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto (7). Asimismo, el aborto inseguro produce serias secuelas, entre ellas la infertilidad futura e incluso la muerte.

La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas.

Cuando el embarazo ocurre antes de los 15 años se exacerbaban los temores por los dolores del parto y a las adolescentes les cuesta posicionarse como madres, son muy dependientes de sus propias madres, especialmente cuando es un embarazo por abuso sexual, y no asumen la crianza de su hijo(a), que por lo general queda a cargo de la abuela (12). La opción de ceder al/la recién nacido/a en adopción suele estar fuertemente influenciada por la presión que ejercen sobre la adolescente sus padres, familiares, personal de los equipos de salud, profesores, e incluso sus pares. La madre adolescente puede también ser víctima de personas inescrupulosas vinculadas a vías de adopción no legales (13).

Desde la década de 1970 la fecundidad general en América Latina y el Caribe ha descendido fuertemente, producto de una combinación de factores socioeconómicos, culturales, y tecnológicos, especialmente el creciente acceso a los métodos anticonceptivos. Si bien era esperable que la fecundidad adolescente acompañara la misma tendencia, ésta no ha descendido en la misma medida que la fecundidad general y parece presentar mayor resistencia al descenso y en algunos países muestra una tendencia en alza.

Incluso en países de la región donde recientemente la baja de la fecundidad general ha sido notable, se observa una tendencia creciente de la fecundidad a edades tempranas. Además, se ha constatado que en América Latina hay una escasa relación entre el nivel de la fecundidad adolescente y el de la fecundidad total: hay países con baja fecundidad y tasas de fecundidad adolescente moderadas (Brasil y Colombia) o altas (República Dominicana), y hay otros con fecundidad general elevada (Haití y Bolivia) y registran una fecundidad relativamente baja o moderada en el grupo de 15 a 19 años de edad (5). Es posible que el subregistro de RNV en madres de 14 años y menos influya en estos perfiles de la fecundidad por grupos de población.

Este fenómeno ubica a la región en una posición ambigua a nivel mundial, ya que por una parte América Latina y el Caribe presenta niveles de fecundidad general inferiores a la media mundial y los países en desarrollo, pero por otra parte registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan ampliamente la media mundial, sólo superados por los indicadores de África, y es además la región del mundo donde los embarazos en la adolescencia representan la mayor proporción dentro del total de nacimientos (18%) (14).

El embarazo adolescente precoz (menores de 15 años) es quizás uno de los temas más preocupantes, pero no se cuenta con registros que permitan dar cuenta de su ocurrencia para todos los países de la región. Se presenta a continuación la información de las tasas y razones de fecundidad disponibles para una serie comparativa de 2000 a 2008 de 9 países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y República Dominicana (con algunos años no disponibles para los autores del estudio) y Uruguay. Al momento del estudio los datos preliminares de Brasil, Chile, República Dominicana y Uruguay aun estaban siendo revisados.

TABLA N° 1.

RAZONES Y TASAS DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES < DE 15 AÑOS Y ENTRE 15 Y 19 AÑOS. PROPORCIÓN DE NV DE CADA GRUPO ETÁREO EN RELACIÓN AL TOTAL DE NV. PAÍSES DE LA REGIÓN CON INFORMACIÓN DISPONIBLE. 2000-2008 (*)

INDICADORES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Por 1000 población femen. 10-14	2,81	2,86	2,70	2,64	2,61	2,65	2,70	2,79	2,44
Por 1000 población femen. 15-19	79,7	80,46	76,35	74,22	74,54	74,77	72,21	73,33	81,5
% NV de madres 10-14 / Total NV	0,68	0,69	0,67	0,66	0,66	0,67	0,70	0,72	0,56
% NV de madres 15-19 / Total NV	19,20	19,30	18,96	18,58	18,74	18,93	18,69	18,66	18,15

(*) En 2000 y 2001 no se incluye a Panamá por no estar disponibles los datos. En 2008 no se incluye Brasil, Chile ni Uruguay por estar los datos en revisión. Por no disponer de las series completas se excluyen Guatemala, Perú y República Dominicana.

Tal como se observa en la tabla N° 1 tanto las razones de embarazo en las menores de 15 años como las tasas de fecundidad entre 15 y 19 años se mantienen casi sin variación. Esto a pesar que varios países han tenido descenso en las tasas de fecundidad entre 15 y 19 años. La tasa varía entre 75 y 80 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años y la razón de fecundidad entre 2,4 y 2,8 por 1000. Se aprecia además que la proporción del total de nacidos vivos que corresponde a las menores de 15 años y entre 15 y 19 varían entre 18 y 19 % en adolescentes de 15 a 19 años y entre 0,55 y 0,70 en las menores de 15 años. No se observan cambios apreciables.

TABLA N° 2.

RAZÓN DE FECUNDIDAD DE 10 A 14 AÑOS Y TASA DE FECUNDIDAD 15 A 19, POR 1000 MUJERES EN LA RESPECTIVA EDAD. PAÍSES SELECCIONADOS SEGÚN INFORMACIÓN DISPONIBLE AL MOMENTO DEL ESTUDIO.

PAÍS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19
Argentina	1,9	63,4	1,8	60,3	1,9	59,1	1,6	56,7	1,5	63,1	1,5	63,1	1,6	62,4	1,7	63,7	1,7	66,4
Brasil	3,24	77,6	3,39	81,0	3,27	75,4	3,26	73,8	3,17	73,2	3,27	73,7	3,34	71,0	3,36	69,0		
Chile	1,47	60,3	1,61	58,3	1,54	53,8	1,37	48,9	1,24	54,8	1,28	51,2	1,28	48,7	1,36	49,0		
Colombia	2,74	78,6	2,62	74,9	2,56	71,7	2,63	72,3	2,73	73,3	2,80	72,6	2,82	72,5	2,85	72,1	2,99	71,7
Costa Rica	2,91	82,5	2,87	74,9	2,26	68,9	2,29	69,2	2,11	67,7	2,19	63,7	2,27	62,3	2,44	64,1	2,58	67,0
México	2,34	86,7	2,29	85,0	2,03	83,4	1,88	79,6	1,88	80,6	1,86	80,7	1,87	77,8	2,09	84,5	2,17	86,2
Panamá					3,22	80,9	3,27	81,0	3,31	82,4	3,35	81,1	3,40	81,5	3,59	83,4	3,37	86,5
República Dominicana									1,68	36,1	1,99	42,7	2,08	45,1	2,22	54,2		
Uruguay	1,59	66,1	1,40	66,5	1,56	64,8	1,38	59,5	1,37	58,6	1,37	58,6	1,55	59,4	1,57	57,5		

En la tabla N° 2 se observa que la razón de embarazos es más baja en Argentina, Chile y Uruguay pero con una estabilidad en el tiempo muy semejante. En Argentina, la tasa de fecundidad para el grupo 10-14 es de 1.74 por 1000 (aproximadamente 3000 nacimientos al año). En Chile la tasa es de 1.36 por 1000 mujeres de 10 a 14 años. En el resto de los países casi llega a 3 por 1000 mujeres de 10 a 14 años y Panamá sobrepasa el indicador de 3 por 1000. La tendencia es mantenida casi con una leve propensión al aumento.

Las tasas de fecundidad de 15 a 19 años que muestran México y Panamá son las más altas, sobre 85 por 1000 y con tendencia al aumento. Las más bajas se observan en Chile y Uruguay donde se mantienen tasas de 55 o menos y hay una clara tendencia a la disminución en Chile. Llama la atención que en República Dominicana aumenten las tasas desde un nivel bajo en 2004. Seguramente la subenumeración es cada día menor e influye en este notorio aumento al 2007.

En la tabla N° 3 se analiza la proporción (%) de NV totales que corresponde a las madres menores de 15 años y de 15 a 19 años.

TABLA N° 3.

PROPORCIÓN (%) DE NV TOTALES CORRESPONDIENTES A NV MADRES MENORES DE 15 Y DE 15 A 19 AÑOS, EN RELACIÓN A LOS NV TOTALES DE CADA PAÍS. 2000 A 2008

PAISES	INDICADORES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Argentina	% NV 10-14	0,46	0,45	0,47	0,40	0,36	0,38	0,40	0,41	0,40
	% NV 15-19	14,80	14,33	14,28	13,41	14,21	14,80	15,02	15,37	15,14
Brasil	% NV 10-14	0,90	0,90	0,90	0,90	0,87	0,88	0,93	0,95	
	% NV 15-19	22,37	22,5	21,75	21,26	20,98	20,90	20,55	20,01	
Chile	% NV 10-14	0,42	0,47	0,47	0,42	0,39	0,41	0,41	0,40	
	% NV 15-19	15,77	15,73	15,27	16,78	14,69	15,95	15,19	13,93	
Colombia	% NV 10-14	0,78	0,79	0,81	0,83	0,86	0,90	0,91	0,93	0,97
	% NV 15-19	21,28	21,37	21,24	21,29	21,40	21,47	21,96	22,36	22,43
Costa Rica	% NV 10-14	0,78	0,79	0,66	0,65	0,61	0,63	0,66	0,68	0,70
	% NV 15-19	20,46	19,45	19,65	19,69	19,86	19,29	18,98	19,11	19,49
México	% NV 10-14	0,44	0,43	0,40	0,37	0,38	0,38	0,40	0,42	0,44
	% NV 15-19	15,50	15,43	15,60	15,20	15,63	16,06	15,93	16,42	16,93
Panamá	% NV 10-14			0,77	0,79	0,79	0,79	0,78	0,82	0,76
	% NV 15-19			18,27	18,52	18,80	18,49	18,23	18,31	18,69
Republica Dominicana	% NV 10-14					0,67	0,72	0,75	0,74	
	% NV 15-19					14,31	15,55	16,26	17,88	
Uruguay	% NV 10-14	0,44	0,35	0,40	0,36	0,37	0,36	0,44	0,45	
	% NV15-19	17,54	16,12	15,82	15,00	14,84	16,11	16,43	15,96	

En el grupo de madres menores de 15 años los dos países con las más altas proporciones son Brasil y Colombia, mientras que México, Chile y Uruguay tienen las más bajas. Es necesario hacer mención que tanto Brasil como Colombia han disminuido las tasas de fecundidad por encima de los 24 años; por lo tanto, al mantenerse la fecundidad en las adolescentes menores de 15 años, la proporción de NV sigue siendo alta.

En el grupo de 15 a 19 el perfil es muy semejante al descrito en las menores de 15 años. En ambos grupos se mantiene la tendencia de la fecundidad y las variaciones proporcionales más bien dependen de la tendencia de la fecundidad por encima de los 24 años.

Condicionantes sociales del embarazo en adolescentes menores de 15 años

El embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. Una alta proporción de los embarazos adolescentes no son deseados (entre 35% y 52% en América Latina y el Caribe) (15) y seguramente esta proporción es mayor en las menores de 15 años.

Los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes muy tempranos son diversos y complejos. Entre ellos cabe destacar el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la creciente “erotización” y liberación sexual a la que están permanentemente expuestos/as los(as) jóvenes a través de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual y la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad. Además, cabe señalar el particular peso que tienen las relaciones no consentidas, el abuso sexual y las agresiones sexuales como factor causal del embarazo en menores de 15 años.

Iniciación sexual

Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina, tal vez más de lo que los adultos imaginan. Entre 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años (16).

Asimismo, 13% de las adolescentes en Nicaragua y 10% en República Dominicana se casaron antes de cumplir los 15 años. El casamiento temprano, la mayoría de las veces es seguido por el embarazo y la maternidad tempranas. En Nicaragua 3% de las adolescentes de 15 a 19 tuvo un(a) hijo(a) antes de los 15 años (17).

La iniciación sexual muy temprana puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las jóvenes no tienen la madurez o la asertividad para utilizar medidas preventivas. Los

programas que abordan la sexualidad adolescente suelen fomentar el retardo del inicio de las relaciones sexuales sin poner énfasis simultáneamente en la promoción del uso de métodos anticonceptivos.

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual.

Se denomina sexo bajo coerción a las situaciones de coacción y presión de tener relaciones sexuales libremente consentidas. Tal vez la niña o adolescente afectada no lo identifique como una violación, aunque haya sido una situación contra su voluntad pero “aceptada” por no haber podido oponerse. Estas situaciones son muy frecuentes en el inicio sexual cuando hay una diferencia de edad significativa entre el hombre y la niña/adolescente.

Datos de diferentes países muestran que entre el 15% y 30% de las adolescentes y jóvenes usualmente reporta que su primera relación sexual con penetración fue forzada. Esto involucra por lo general a hombres conocidos, especialmente la propia pareja que presiona para tener relaciones sexuales con argumentos de rechazo o abandono, que amenaza o intimida a la mujer para que acceda a su pedido o usando directamente la fuerza físicamente (18).

Casi la mitad de las mujeres adolescentes sexualmente activas que participaron en un estudio que incluyó a varios países del Caribe declararon que sus primeras relaciones sexuales fueron forzadas (19). En Lima 40% de una muestra de mujeres jóvenes dijo haber sido iniciada sexualmente por la fuerza (20). En Argentina una encuesta reveló que de las mujeres que se iniciaron antes de los 15 años, una cuarta parte declaró haber sido forzada, y más de la mitad dijo que aceptó la voluntad del hombre aún cuando ella no quería que ocurriera la relación sexual en ese momento. Es decir, sólo una cuarta parte se inició en forma completamente voluntaria (21).

Cuanto más joven es la adolescente, mayor es la probabilidad de iniciación sexual forzada, y ésta disminuye drásticamente a medida que aumenta la edad de iniciación. Un estudio que abordó cuán voluntaria fue la primera relación sexual en mujeres adolescentes reporta que 24% de las mujeres que se iniciaron antes de los 14 años expresa que esa relación no fue voluntaria comparada con 10% de las que tenían 19 a 24 años al momento de la iniciación. Asimismo, las mujeres que se iniciaron sexualmente con un hombre siete o más años mayor que ellas, tienen el doble de probabilidad de reportar una iniciación no deseada en comparación con las iniciadas con varones de edades similares (22).

Datos de Argentina muestran que la totalidad de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años fue forzada a consumarlo; en cambio, ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fue (23). Datos de Brasil muestran algo semejante, mientras que el 4,9% de las mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años fueron forzadas, solo un 0,4% de las que lo hicieron entre los 15 y 17 años lo fue y ninguna de las que se iniciaron entre los 18 y 24 años lo fue (24).

La edad de iniciación influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo. El uso de anticonceptivos en la iniciación, por ejemplo, aumenta con la edad en la que ocurre, de modo que, cuanto más temprana es la iniciación sexual mayor es el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total que la mujer estará expuesta a embarazarse, sino porque es menor el porcentaje que adopta conductas preventivas (8). Asimismo, el sexo bajo coerción suele ser desprotegido, porque así como la joven no pudo decir “no”, tampoco suele poder exigir el uso del condón con el consiguiente riesgo de embarazo y de contagio de ITS.

Es posible que algunos hombres busquen tener relaciones con adolescentes muy jóvenes bajo el supuesto de que así tienen menor riesgo de contagiarse ITS ellos mismos. Las adolescentes muy jóvenes son más vulnerables a la contaminación por agentes de ITS y al VIH, durante el coito, por no haber completado el desarrollo evolutivo del epitelio protector del tracto genital inferior. Además, cuando existe diferencia de edad entre la mujer adolescente y el hombre, y éste es sexualmente experimentado, hay más probabilidad de que él tenga una ITS y que pueda infectar a la joven. A su vez, las adolescentes infectadas con ITS tienen diez veces más probabilidades de contraer el VIH si tienen sexo desprotegido con un hombre infectado (25).

Violencia sexual

El abuso sexual y las agresiones sexuales en la niñez y adolescencia son fenómenos que están ganando mayor visibilidad. El abuso sexual incluye acciones con y sin contacto sexual. El coito forzado es el abuso sexual definido como violación. En algunos países también es violación el coito entre una menor de 12 años y un mayor de edad, aún cuando sea voluntario por la posibilidad de coerción, inducción o seducción engañosa en la obtención del consentimiento (26).

La edad del consentimiento sexual es aquella por debajo de la cual el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales no resulta válido a efectos legales, presumiéndose violencia o abuso por parte del que fuere mayor de edad, sin importar la existencia o no de cualquier violencia o abuso real. La legislación de los distintos países de la región suele ubicar la edad de consentimiento sexual entre los 14 y 16 años.

En Costa Rica, sostener relaciones sexuales con menores de 15 años constituye el delito de relaciones sexuales con persona menor de edad y es violación si involucra a una menor de 12 años. En Colombia se consideran violación las relaciones sexuales con menores de 14. En México, la cópula con consentimiento o sin violencia con persona menor de 12 o hasta 15, dependiendo del Estado en donde ocurra, se considera violación equiparada, y las menores de esa edad embarazadas se consideran violadas (27). Después de esta edad y hasta los 16 a 18 años, la cópula con menor de edad se persigue en el caso de que se utilice el engaño para conseguirla. En Chile, la ley vigente obliga la denuncia obligatoria de toda embarazada menor de 14 años como potencial abuso sexual (28).

Se ignora la real incidencia del abuso y las agresiones sexuales debido a las dificultades para su registro, ya que muchas veces estos hechos no se denuncian. No obstante, algunos datos disponibles permiten dimensionar la magnitud de esta problemática en la población de niñas y adolescentes. En Chile, 80% del total de denuncias registradas en las comisarías de menores son por violencia sexual (26). En Colombia, según la información del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la tasa de denuncias por abuso sexual en el 2008 fue de 293 x 100.000 en población de 10 a 14 años y 168 x 100.000 en la de 15 a 19 años.

Según los datos de los sistemas de administración de justicia y los centros de crisis para casos de violación de Chile, Estados Unidos, Malasia, México, Papúa, Nueva Guinea y Perú, entre la tercera y las dos terceras partes de las víctimas de agresiones sexuales tienen 15 años de edad o menos (29). Datos de Paraguay sobre adolescentes de 15 a 19 años que han estado embarazadas una o más veces revelan que 39.5% tuvo una pareja 6 años, o más, mayor que ellas.

Por lo general los abusadores y los agresores sexuales son familiares directos o personas conocidas que gozan de la confianza de las adolescentes (padres biológicos, padrastros, abuelos, tíos, cuñados, primos, vecinos, amigos de la familia, empleadores u otras personas con autoridad o ascendencia sobre las adolescentes). Sólo en una minoría de casos los perpetradores son personas extrañas a la víctima.

En las adolescentes mayores de 15 años, es común que los agresores sexuales sean pares de edad similar, mientras que en las adolescentes menores suelen ser principalmente hombres mayores que ellas. Un grupo particularmente vulnerable al abuso sexual y las agresiones sexuales son las niñas y adolescentes con discapacidad mental.

Una proporción importante de las agresiones sexuales en menores de 15 años ocurre en la escuela, perpetradas por compañeros y también por empleados, docentes o directores que abusan de su autoridad para demandar o forzar relaciones sexuales con las alumnas (18).

La experiencia de abuso y agresiones sexuales afecta la vida de la adolescente en diversos sentidos: su integridad física y emocional, su libertad sexual, su vida familiar y de pareja, su rendimiento escolar, relacionamiento social, y sobre todo su sentido de dignidad y de justicia. En un estudio realizado con adolescentes en el Brasil se comprobó que el abuso sexual previo era uno de los principales factores que permitían predecir varias conductas de riesgo para la salud, incluyendo ideas suicidas e intentos de suicidio (30).

Cuando la agresión sexual conduce a un embarazo, a los riesgos propios del embarazo imprevisto en la adolescencia, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo. El embarazo es la continuidad del abuso que lo originó, y en situaciones de indefensión puede provocar una grave desestructuración psíquica que puede llevar a situaciones límite como fuga, abandono del recién nacido e incluso suicidio o infanticidio (31).

Desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva la agresión sexual representa un alto riesgo de embarazo y de transmisión de ITS y VIH/Sida, así como de lesiones genitales y daños en otras partes del cuerpo. Se estima que de cada 10 mujeres que sufren una agresión sexual, aproximadamente una quedará embarazada (32). En Estados Unidos, 5% de todos los embarazos de mujeres de 12 a 49 está asociado a violación (33). En Costa Rica se reportó que el 90% de los embarazos en menores de 14 años era por violación (34) y un estudio en Chile encontró que el riesgo relativo de abuso sexual en embarazadas menores de 15 años era de 5.9 (26).

El riesgo promedio de infección de VIH después de un solo acto de penetración vaginal sin protección es entre el 1 y el 2% si el hombre es el que está infectado y de 0,5% a 1% si es la mujer la que está infectada. El riesgo promedio de infección por el VIH en el caso de coito anal sin protección es entre 5 y 30%. En casos de violación es probable que se produzcan desgarros macroscópicos o microscópicos de la mucosa vaginal, especialmente en adolescentes, lo que aumenta enormemente la probabilidad de transmisión del VIH (30).

Los equipos de salud no siempre están preparados para detectar y dar respuestas integrales a la complejidad de la problemática de las adolescentes que presentan embarazos forzados. La intervención en estos casos implica tres niveles de responsabilidad: médica, legal y psico-social. Por un lado, los mayores riesgos obstétricos y perinatales asociados al embarazo en menores de 15 años se acrecientan aún más, cuando son consecuencia de abuso y agresiones sexuales (35).

Por otro lado, un embarazo en una menor de 15 años implica analizar el tema en el marco de la familia, pues es indispensable descartar la existencia de un abusador sexual en ese entorno (36).

La intervención jurídica es importante en relación con la protección de la niña y la identificación y persecución penal del violador. Al mismo tiempo se deben desarrollar estrategias de apoyo psicológico y social que contribuyan a restaurar los daños subjetivos de la violencia y acompañar a la niña en “las decisiones” -abrumadoras para su edad- sobre qué hacer con la criatura que está por nacer y procurando evitar nuevas victimizaciones, como por ejemplo, los pactos de silencio, la culpabilización o las tendencias expulsivas del grupo familiar (31).

Asimismo, existe evidencia que relaciona la experiencia de abuso y agresiones sexuales en la infancia y adolescencia con una mayor probabilidad de adoptar conductas de riesgo, como tener sexo a edades tempranas, no utilizar anticoncepción, tener varias parejas sexuales, baja autoestima y baja capacidad de control, factores que generan contextos sociales y emocionales que contribuyen a la ocurrencia de embarazos no previstos en la adolescencia (37).

Explotación sexual

La explotación sexual comercial infantojuvenil es el empleo comercial para actividades de índole sexual de personas menores de edad a cambio de remuneración económica u otro tipo de beneficios. Incluye prostitución, pornografía, trata de personas y turismo sexual (38).

La explotación sexual de niños/as y adolescentes es una de las más serias violaciones de sus derechos humanos y dignidad. Es un tema complejo atravesado por cuestiones legales, económicas y sociales, ligado a situaciones de pobreza, tráfico de personas, abuso sexual, niños en situación de calle, desempleo, migración y farmacodependencia, entre muchas otras (39).

La explotación sexual afecta a 10 millones de niños/as y adolescentes de 10 a 17 años en todo el mundo. Las niñas y adolescentes menores de 15 años muchas veces son raptadas por las redes de tráfico de personas o son entregadas o “vendidas” por sus familias y viven en situaciones de esclavitud. Los niños y niñas de la calle son particularmente vulnerables a la explotación sexual (30).

Se estima que 65% de los niños y niñas en situación de calle en las capitales de los países latinoamericanos son explotados/as sexualmente y para muchos/as ese es un recurso de supervivencia (40).

Las niñas y adolescentes explotadas sexualmente están expuestas a un alto riesgo de embarazo no deseado y contagio de ITS y VIH, así como a otros problemas, incluyendo abuso de drogas, desnutrición, violencia física y sexual, y problemas de salud mental como estrés postraumático y suicidio.

En estos contextos las niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual no siempre tienen conocimiento adecuado sobre anticoncepción y prevención de ITS y VIH/Sida ni acceso a los servicios de salud. Además, las situaciones de encierro y la coacción, presión y violencia que pueden sufrir por parte de los “clientes” y proxenetas para no usar condones las vuelven aún más vulnerables (35). Cuanto más joven es la niña, mayor es el riesgo de contagio de VIH, tanto por motivos biológicos como por su menor capacidad para negociar la utilización del condón con los clientes, especialmente cuando éstos están dispuestos a pagar más para tener sexo con niñas pequeñas, asumiendo que les representa a ellos una menor posibilidad de contagio de ITS y VIH.

Las adolescentes que quedan embarazadas tienen alto riesgo de recurrir a métodos de aborto inseguro, muchas veces obligadas por sus explotadores. De las que continúan el embarazo, pocas reciben atención médica, con el consecuente riesgo de sufrir complicaciones del embarazo (41).

Uso de métodos anticonceptivos

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad.

En muchos países de la región las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre el cuerpo y procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el período fértil. Este desconocimiento es

mayor en las adolescentes más jóvenes. En casos extremos, el embarazo no es reconocido hasta el momento del parto. De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso, o circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud en México (ENSA 2000), 54,2% de los y las adolescentes de 12 a 14 años dijeron conocer al menos un método anticonceptivo. Este porcentaje se reduce a 31,9% entre los adolescentes del mismo grupo de edad sin escolaridad (42).

El uso de anticoncepción en la primera relación sexual suele ser muy bajo por la imprevisibilidad del hecho. La ENSA 2000 en México muestra que del total de adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales, 37% utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, proporción que disminuye a medida que decrece la edad de la primera relación (42). Además, por falta de conocimiento y experiencia, las adolescentes tienen más embarazos imprevistos que las adultas durante el primer año de uso de métodos anticonceptivos. Si bien la expansión del acceso a los métodos anticonceptivos alcanza a la población adolescente, en especial a las de mayor edad, no ha impactado lo suficiente en la fecundidad adolescente ya que su uso no siempre es adecuado u oportuno (14).

Una variedad de barreras institucionales, legales, económicas y culturales operan para obstaculizar el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los recursos anticonceptivos.

Aborto

El aborto está legalmente restringido en la mayoría de países de América Latina. Sólo Cuba, Guyana, Puerto Rico y la Ciudad de México tienen legislaciones que permiten el aborto voluntario. Los demás países admiten por lo general el aborto sólo en algunas circunstancias como por ejemplo cuando el embarazo representa un peligro para la salud o para la vida de la madre, y cuando es producto de una violación. Sin embargo, el acceso al aborto legal en estas situaciones no es fácil, ya que existen innumerables obstáculos políticos, institucionales y personales que hacen que los abortos no punibles no se lleven a cabo en tiempo y forma (43).

En varios países de la región han tomado estado público numerosos casos de adolescentes a quienes se les negó u obstaculizó el acceso al aborto legal, aun cuando presentaban condiciones que se enmarcaban en las situaciones de aborto no punible. En Argentina, en el año 2006, dos casos de adolescentes con discapacidad mental embarazadas como producto de violación, recibieron amplia cobertura en los medios. El caso conocido como LMR fue presentado ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, donde además de una reparación a LMR, se exige al Estado una serie de medidas para evitar que se repitan estas violaciones a los derechos de las mujeres. En su descargo, el Estado argentino reconoció la violación al derecho a la salud, a la vida y a la intimidad de la joven (44).

Por tratarse de una práctica clandestina, no es posible conocer la incidencia real del aborto en América Latina. La Organización Mundial de la Salud estima que se llevan a cabo 3.9 millones de abortos inseguros en la región, de los que aproximadamente 18% corresponde a menores de 20 años (45). En la mayoría de los países, particularmente en las áreas urbanas, se observa una tendencia creciente en el número de adolescentes que recurren al aborto inseguro (45). En algunos países la proporción de adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos(as). En Cuba, 25% de los abortos corresponde a mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos que ocurren entre las adolescentes (46). En Brasil, Colombia y Perú una de cada diez de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos son menores de 20 años, mientras que uno de cada siete nacimientos se produce de madres adolescentes (47). En Argentina ocurre algo similar; datos del Ministerio de Salud para el año 2007 muestran que 15,4% de los nacidos vivos son de madres de 15 a 19 años y 0,4% de madres de 10 a 14 (48), mientras que 15,6% de los egresos hospitalarios por aborto corresponde a adolescentes de 15 a 19 y 0,73% a las de 10 a 14 (49).

No existe un patrón lineal de conducta de las adolescentes frente a un embarazo no previsto. Por un lado, suelen ocultarlo inicialmente del mundo adulto por miedo a la sanción social y familiar. Por otro lado, cuando la familia toma conocimiento del embarazo tiene un gran peso en la decisión sobre el destino del mismo, aún cuando se contradiga con la voluntad de la joven.

El aborto en adolescentes es generalmente más tardío e inseguro que en las mujeres adultas, ya que suelen tardar en identificar el embarazo y recurren a métodos inseguros, a prestadores no calificados en ambientes inapropiados, o demoran la búsqueda de atención médica cuando presentan complicaciones (7).

A la poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo se suma una dificultad de aceptar su ocurrencia así como sentimientos ambivalentes, ignorancia respecto a dónde acudir para obtener orientación y ayuda, y vacilación en confiar en los adultos. En una edad marcada por dificultades de comunicación con los padres y adultos, las adolescentes recurren principalmente al grupo de pares, menos preparado para brindar alternativas seguras cuando se decide interrumpir el embarazo (50).

En Argentina, en 2008, 11,2% de las muertes maternas por aborto fue en adolescentes de 15 a 19 y 1,6% en adolescentes de 10 a 14 (45). En Colombia, 6,45% de las muertes por aborto fue en mujeres de 15-19 años y 3,23% en el grupo de 10 a 14 (51).

Programas de salud reproductiva para adolescentes

Los acuerdos internacionales de derechos humanos aprobados en los últimos quince años defienden la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los/as adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, el instrumento de derechos humanos más universalmente aceptado, garantiza los derechos de los niños, niñas y adolescentes, inclusive la protección contra la discriminación, los malos tratos y la explotación; la participación en decisiones que afectan sus vidas; el disfrute de privacidad y el acceso a la educación y a los servicios de salud e información al respecto. Todos esos derechos tienen repercusiones directas sobre la salud reproductiva de los/as adolescentes. En 1994, durante la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, los gobiernos se comprometieron a abordar las necesidades de salud reproductiva y los derechos reproductivos de los y las adolescentes. En 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, los gobiernos reafirmaron ese compromiso y destacaron especialmente a la importancia de focalizar en la situación de niñas y adolescentes (15).

A pesar de ello, en muchas partes del mundo las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población adolescente son poco comprendidas o directamente ignoradas. Esta desatención amenaza la salud y el bienestar de los y las adolescentes.

Históricamente en la mayoría de los países de la región, las políticas destinadas a poner a disposición de los adultos los conocimientos y los medios para controlar su fecundidad han encontrado resistencia en las capas más conservadoras de la sociedad, y las orientadas a la población adolescente son mucho más resistidas. Se rechazan especialmente los intentos de asegurar el derecho de los y las adolescentes a tomar decisiones autónomas sin el permiso de sus padres. A pesar de ello, algunos países han adoptando gradualmente planes de salud reproductiva dirigidos a adolescentes aunque los avances han sido lentos y dificultosos (8).

En la mayoría de los países de la región existen restricciones para el acceso de adolescentes - especialmente menores de 15 años- a los servicios de salud sexual y reproductiva y los métodos anticonceptivos.

Es habitual que se niegue la atención o la entrega de métodos anticonceptivos a personas menores de edad que no concurren acompañadas por un adulto, aún cuando la normativa garantice el acceso a todas las personas sin discriminación. En el caso de las adolescentes menores de 15 años, las dificultades de acceso se potencian.

La legislación de Ecuador, República Dominicana y Nicaragua prevé el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en términos de confidencialidad e intimidad. En Ecuador y Nicaragua esta norma se aplica a partir de los 18 años y en República Dominicana es a partir de los 15 años (52). Por su parte, en Argentina la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable garantiza el acceso a todo método anticonceptivo a los y las adolescentes a partir de los 14 años sin necesidad de autorización ni compañía de sus padres.

**Bajo el principio de “interés superior del niño”
contemplado en la Convención de los Derechos del
Niño, en ningún caso debería negársele un método
anticonceptivo a ninguna persona, independientemente
de su edad.**

Esto implica que si una adolescente menor de 14 años se presenta voluntariamente en un servicio de salud para solicitar un método anticonceptivo que le permita evitar un embarazo no deseado, y si esto entra en conflicto con alguna normativa o disposición, el conflicto debe resolverse a favor del interés superior del/la niño/a, es decir su voluntad de prevenir el embarazo.

Exigir a un/a adolescente que se acompañe por sus padres para iniciar un método anticonceptivo resulta poco criterioso pues lo/a ubica en la obligación de contarle a ellos que ha iniciado sus relaciones sexuales. Esta paradoja de que pueden iniciar sus relaciones sexuales sin permiso de los padres pero que tienen que comunicárselo para poder protegerse, hace que los/as adolescentes elijan proteger su intimidad, perdiendo así la posibilidad de mantener una conducta sexual libre de daños para su salud.

Aun donde no existen restricciones legales, el acceso de los/as adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva puede ser dificultoso por barreras geográficas, horarias, económicas y culturales. Además, muchos servicios no están preparados para atender las necesidades particulares de los y las adolescentes y no se constituyen como espacios amigables al no resguardar la privacidad y confidencialidad, o al sancionar la actividad sexual de los(as) adolescentes.

Referencias

1. Luengo, X. "Características de la adolescencia normal". En: Molina, R., Sandoval, J. y González, E. *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterráneo, 2003
2. UNFPA/UNAIDS/WHO. *Seen but not heard ... Very young adolescents aged 10-14 years*. Geneva: UNAIDS, 2004.
3. UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2004*. Nueva York: UNFPA, 2004.
4. WHO/Reproductive Health and Research. Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents. *Policy Brief 4*, 2006.
5. CEPAL. *Panorama Social de América Latina, 2005*, Capítulo III: Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política. Disponible en: www.eclac.org/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005_Cap3_DesigualdadDemografica.pdf
6. Climent, G.I. y cols. "Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos". En: *Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA) / Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) / Centro de Estudios de Población (CENEP), 1998.
7. Pons, E, Deligeoroglou, E, y Horejsi, J. *Which are the main gynecological problems among children and adolescents in developed and developing countries?* Trabajo presentado en el XIX Congreso Mundial de de Obstetricia y Ginecología, Cape Town, Sudáfrica, Octubre 2009.
8. Pantelides, A. "Aspectos sociales del Embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina". En: *Notas de Población Año XXXI, N° 78*. Naciones Unidas, CEPAL, Santiago de Chile, 2004.
9. UNICEF. Estimates based on United Nations Population Prospects, *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index>
10. Apter D., Bhtzow T.L., Laughlin G.A., Yen SCCC. "Gonadotropin releasing hormone pulse generator activity during pubertal transition in girls: pulsatile and diurnal patterns of circulating gonadotropins". En: *J Clin Endocrinol Metab*, 1993; 76: 940.
11. Molina, R., Molina, G. y González, E. "Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile. En: *Revista Médica Chilena*, 2007, 135: 79-86
12. Issler, J. "Embarazo en la adolescencia". En: *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 2001;107: 11-23
13. González, E. "Adopción en adolescentes: Una experiencia clínica". En: Molina, R., Sandoval, J. y González, E. *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterráneo, 2003.
14. Rodríguez, J. y Hopenhayn, M. "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos". En: UNICEF y CEPAL. *Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio*, 2007(4).
15. UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2005*. Nueva York: UNFPA, 2005.
16. Gogna, M. (Coord.); Adaszko, A.; Alonso, V.; Binstock, G.; Fernández, S.; Gogna, M.; Pantelides, E.A.; Portnoy, F.; Zamberlin, N. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES/UNICEF, 2005.
17. Population Council. *Summary of Selected DHS Data on Very Young Adolescents*. 2003.

18. Jeejebooy S., Bott S. *Non-Consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries*. New Delhi: Population Council, 2003. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/wp/seasia/seawp16.pdf
19. Halcón L., Beuhring T., Blue R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean*. Washington: Universidad de Minesota / Organización Panamericana de la Salud, 2000. Citado por Krug E., Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R., *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OMS-OPS, USA, 2003: 164.
20. Cáceres C.F., Vanoss M., Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. En: *Journal of Adolescent Health*, 2000; 27: 361-367. Citado por Krug, E., Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS-OPS, 2003:164.
21. Gelsdtein R. y Pantelides E. "Coerción, consentimiento y deseo en la 'primera vez'". En: Checa, S. (comp.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, 2003:112
22. Abma, J., Driscoll, A. y Moore, K. "Young women's degree of control over first intercourse: An exploratory analysis". En: *Family Planning Perspectives*, 1998: 30(1)
23. Pantelides, E y Geldstein, R. "Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos". En: *Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA) / Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) / Centro de Estudios de Población (CENEP), 1998.
24. Bem Estar Familiar no Brasil. *Adolescentes jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saude*. Rio de Janeiro: BENFAM, 1999, citado en Pantelides E.A., *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>
25. WHO. *Gender and HIV/AIDS*. Washington D.C.: WHO, 2003
26. Molina, R. "Abuso sexual en adolescentes: aspectos epidemiológicos". En: Molina R, Sandoval J, González E. *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterráneo, 2003.
27. Ipas. *Carpeta del programa de capacitación "Mujeres, Violencia y Salud: construyendo alternativas para la Atención Integral"*. México D.F.: Ipas, 2002.
28. Ley N°19.617. «Modifica el código Penal (artículo 362), el código de procedimiento legal y otros cuerpos legales en materias relativas al delito de violación». Diario oficial de la República de Chile. Lunes 12 de julio 1999. Normativa Técnica pericial sobre agresiones sexuales. Diario Oficial de la República de Chile, 21 de agosto 1999 y Ley N° 19.789. «Reforma Procesal Penal» en Chile, Diario Oficial de la República de Chile. Miércoles 30 enero, 2002.
29. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault*. Washington, D.C.: United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
30. Krug, E, Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS-OPS, 2003,
31. Molina R., González E., Sandoval J. "Embarazo en adolescentes producto de una agresión sexual: alto riesgo obstétrico y perinatal". En: *Rev. Ch.de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescente*, 1995; 2 :74
32. Sucedá-García, J.M. "Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia. Editorial". En: *Bol Med Hosp Mex*, Vol. 52, N°8, Agosto 1995.
33. Holmes M. et al., "Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics, from a national sample of women". En: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175 y 320-324. Citado por Krug, E, Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS-OPS, 2003, p. 177.

34. Krauskopf D. *La sexualidad y la Salud Reproductiva en las políticas de juventud en América Latina*. FNUAP, Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. San José de Costa Rica, 1-3 Diciembre 1997.
35. Ruffa, B y Chejter, S. *Violencia de género y salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Centro de Estudios Cultura y Mujer, 2010. Dossier.
36. González E, Martínez V, Leyton C, Bardi A. "Características de los abusadores sexuales". En: *Rev. Ch.de Obstet. y Ginecol. Infant. y de la Adoles*, 2004;1 :6-14. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/2004.html>
37. Stock, J, Bell. M, Boyer, D and Connell, F. "Adolescent Pregnancy and Sexual Risk-Taking Among Sexually Abused Girls". *Family Planning Perspectives*, 1997; 29(5)
38. Claramunt. M.C. *Abuso sexual en mujeres adolescentes*. Serie Género y Salud Pública. San José: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, 2000
39. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. *Young People Most at Risk of HIV: A Meeting Report and Discussion Paper from the Interagency Youth Working Group*. U.S. Agency for International Development, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), North Carolina: FHI, 2010.
40. Castanha, N. *Hacia la definición de una Norma Modelo sobre Abuso y Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en las Américas*. Montevideo: Instituto Interamericano del Niño, 2001. Documento interno.
41. Willis BM, Levy BS. "Child prostitution: global health burden, research needs, and interventions". En: *The Lancet*, 2002; 359:1417-22.
42. González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M., Olaiz-Fernández, G. "Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000". En: *Salud Pública de México*, 2005; 47(3).
43. Romero M, Ramos S. *El aborto seguro en América Latina: Un derecho relegado*. Nueva York: Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2009:12-14. Disponible en: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales_web.pdf
44. Carbajal, M. *El aborto en debate: Aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
45. Organización Mundial de la Salud. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. 5a edición, Ginebra: OMS, 2007.
46. Peláez J. "Aborto en la adolescencia: problemática en Cuba". En: *Salud Reproductiva en Cuba*, 1997; 2.
47. Martín M. "Aborto en la adolescencia. Enfoque integral para educadores de la enseñanza media superior". En: *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2009. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.htm
48. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. *Estadísticas Vitales, Información Básica 2008*. Argentina.
49. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. *Egresos hospitalarios por diagnóstico, año 2007*. Argentina.
50. Peláez J. *Aborto en las adolescentes: ¿quién toma la decisión?* Disponible en: http://www.cenesex.sld.cu/webs/aborto_en_adolescentes.htm
51. DANE. *Estadísticas vitales*. Colombia 2008.
52. Rodríguez J. *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. OIJ, CEPAL, CELADE, UNFPA, 2009.

Segunda Sección



Aspectos clínico- epidemiológicos de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil en embarazo adolescente de menores de 15 y de 15 a 19 años

Después de analizar la fecundidad adolescente, sus condicionantes y otros aspectos relacionados se enfocarán la morbilidad y mortalidad en estos grupos de edad con especial énfasis en las madres - niñas de 14 años y menos. Con la información disponible y publicada por CELADE (1) y los servicios de Estadísticas y Censos, además de los datos proporcionados por los Ministerios de Salud de la región en sus páginas web, ha sido posible obtener la información acerca de los embarazos en las menores de 15 años (2 - 22).

Morbilidad adolescente

Morbilidad en el período prenatal

El impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad clínica durante el embarazo es muy variable. La anemia es tal vez la patología más frecuente, dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años. Coinciden los dos períodos de mayor demanda nutricional del ser humano.

La segunda patología de mayor frecuencia es la infección urinaria de la embarazada adolescente, que contribuye al parto prematuro. La tercera patología es el aumento de la presión arterial o pre eclampsia, que contribuye al menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal (23-26). No se ha comprobado una mayor frecuencia de malformaciones fetales en adolescentes embarazadas. En los países con alta prevalencia de parasitosis, incluyendo malaria, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual y Sida, éstas son más frecuentes en adolescentes embarazadas. El registro de la morbilidad en el control prenatal es deficiente en casi todos los países de la región y por lo tanto no se tiene una evidencia registrada más objetiva. La información es de pequeños estudios de seguimiento y de la experiencia clínica referida a adolescentes de 15 a 19, pero con muy escasa y casi nula información en menores de 15 años.

Morbilidad hospitalaria.

La información fue obtenida de las estadísticas de egresos hospitalarios por causas de Brasil y Chile (9,10). En 2007, en Chile hubo 7.040 y 80.956 egresos por todas las causas en mujeres de 10 a 14 y de 15 a 19 años, respectivamente. De ellos 1.540 y 38.338 correspondieron a causas de embarazo, parto y puerperio, lo que equivale al 5,7 y al 47,4 %, respectivamente. En Brasil, en 2008, las proporciones fueron de 9,6 y 62,7%, en las mismas edades.

FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS

TABLA N° 4

MORBILIDAD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN DIAGNÓSTICOS DE EGRESOS HOSPITALARIOS. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10).CHILE 2007 Y BRASIL 2008

CIE10	CAUSA DE EGRESO	CHILE(*)		BRASIL(**)		TOTAL	
		#	%	#	%	#	%
003 008	Aborto y complicaciones	166	10,78	2.968	9,27	3.134	9,34
010	Hipertensión preexistente que complica embarazo, parto y puerperio	31	2,01				
020	Hemorragia precoz del embarazo	22	1,43				
021-022	Vómitos excesivos en el embarazo, complic. venosas en el embarazo	18	1,17				
023	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	63	4,09				
024,025	Diabetes mellitus en el embarazo y desnutrición	4	0,26				
026-028-029,30 ,31	Atención a la madre por otras complicaciones del embarazo y embarazo múltiple	34	2,21				
032,33,34,35	Atención materna por presentación anormal de feto, conocida o presunta	42	2,73				
036	Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	21	1,36	956	2,99	1.203	3,59
040-041-042,	Polihidramnios- otros trastornos del líquido amniótico y Rot. Prem. Membranas	12	0,78				
043,44,45,46	Trastornos placentarios, plac. previa, dpp ni y hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte	7	0,45	2.305	7,20	2.312	6,89
047	Falso trabajo de parto	141	9,16				
048	Embarazo prolongado	4	0,26				
060	Parto prematuro	20	1,30				
061	Fracaso de la inducción del trabajo de parto	5	0,32				
062	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	16	1,04				
063,64,65,66,	Trabajo de parto prolongado y obstruido otras causas	31	2,01	1.178	3,68	1.406	4,19
067,68,69,70,71,	Trabajo de parto y partos complicados por hemorragia, suf. fetal y desgarro perineal.	9	0,58				
072,72.0,73,74,75	Hemorragias posparto y retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia. complicaciones de anestesia y otras complica del trabajo de parto	2	0,13	6.270	19,59	6.272	18,69
080-081	Parto único espontáneo, parto único con forceps y ventosa extractora	627	40,72				
082	Parto único por cesárea	184	11,95				
083,084	otros partos únicos asistidos y parto múltiple	18	1,17				
085,86,87,8889	Sepsis puerperal, infección puerp. Complic. venosas, embolia, complic. anestesia	11	0,71	17.841	55,74	18.686	55,69
090	Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	5	0,32				
091,92	Infecciones de la mama asociadas con el parto y otras compl. mama	9	0,58				
098	Enfermedades maternas infecciosas y parasit. clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y puerperio	2	0,13	489	1,53	541	1,61
099	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto, y puerperio	36	2,34			31554	
Total Egresos		1.540	99,99	32.007	100,0	33.554	100,0

La primera causa que se registra es el parto único espontáneo o por cesárea. Las hemorragias del posparto aparecen como muy importantes en Brasil, sin embargo no tienen esa prevalencia en Chile.

Las infecciones y sepsis posparto también ocupan una prevalencia importante. Las complicaciones del aborto alcanzan alrededor del 10 % de las causas de egreso, lo cual en esta edad es una proporción muy importante por el impacto en una niña que recién ha iniciado su vida sexual y fertilidad. Los trastornos relacionados con la placenta ocupan una proporción importante en Brasil, pero no así en la información chilena. Es indispensable poder analizar las causas de egreso según la CIE O01 a la O99 en otros países, para tener un perfil más claro de esta información.

En la tabla N° 5 se aprecia una información semejante para adolescentes de 15 a 19 años. El perfil en este grupo de edad se mantiene con lo observado en el grupo de madres-niñas. Las complicaciones del parto como hemorragias, infecciones posparto y sepsis, complicaciones del aborto y problemas de placenta disminuyen un poco.

FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS

TABLA N° 5.

MORBILIDAD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 15 A 19 AÑOS SEGÚN DIAGNÓSTICOS DE EGRESOS HOSPITALARIOS. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10). CHILE 2007 Y BRASIL 2008

CIE	CAUSA DE EGRESO	CHILE(*)		BRASIL(**)		TOTAL	
003 008	Aborto y complicaciones	# 3.748	% 9,78	# 36.875	% 6,87	# 40.623	% 7,06
010	Hipertensión preexistente que complica embarazo, parto y puerperio	1.101	2,87				
020	Hemorragia precoz del embarazo	570	1,49				
021-022	Vómitos excesivos en el embarazo, complic. venosas en el embarazo	399	1,04				
023	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	1.333	3,48				
024,025	Diabetes mellitus en el embarazo y desnutrición	288	0,75				
026-028-029,30,31	Atención a la madre por otras complicaciones del embarazo y embarazo múltiple	1.144	2,98				
032,33,34,35	Atención materna por presentación anormal de feto, conocida o presunta	1.494	3,90				
036	Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	993	2,59				
040-041-042,	Polihidramnios- otros trastornos del líquido amniótico y Rot. Prem. Membranas,	519	1,35	13.855	2,58	21.696	3,77
043,44,45,46	Trastornos placentarios, plac. previa, dppni y hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte	238	0,62	38.391	7,15	38.629	6,72
047	Falso trabajo de parto	3.777	9,85				
048	Embarazo prolongado	109	0,28				
060	Parto prematuro	375	0,98				
061	Fracaso de la inducción del trabajo de parto	376	0,98				
062	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	642	1,67				
063,64,65,66,	Trabajo de parto prolongado y obstruido otras causas	1.618	4,22				
067,68,69,70,71,	Trabajo de parto y partos complicados por hemorragia, suf. Fetal y desgarro perineal.	361	0,94	16.350	3,05	23.608	4,11
072,72.0,73,	Hemorragias posparto y retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia. Complicaciones de anestesia y otras complicaciones del trabajo de parto	154	0,40				
74,75				102.182	19,04	102.336	17,80
080-081	Parto único espontáneo, parto único con forceps y ventosa extractora	8.983	23,44				
082	Parto único por cesárea	6.951	18,14				
083,084	Otros partos únicos asistidos y parto múltiple	822	2,14				
085,86,87,8889	Sepsis puerperal, infección puerp. Complic. venosas, embolia, complic. anestesia	375	0,98				
090	Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	430	1,12	322.997	60,19	340.558	59,23
091,92	Infecciones de la mama asociadas con el parto y otras compl. mama	142	0,38				
098	Enfermedades maternas infecciosas y parasit. clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y puerperio	126	0,33	6.018			
099	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto, y puerperio	1.270	3,31		1,12	7.556	1,31
Total Egresos		38.338	99,99	536.668	100,0	575.006	100,0

Mortalidad materna

En la tabla N° 6 se aprecia, según la información disponible en algunos países de la región, que el riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos en la serie de 2000 al 2008. El riesgo está por encima de la mortalidad materna general y por encima de la mortalidad materna de mujeres entre 15 y 19 años.

TABLA N° 6.

MORTALIDAD MATERNA DE 10 A 19 AÑOS Y MADRES DE 10 A 19 AÑOS EN LA REGIÓN. 2000-2008. RAZONES POR 100.000 NV

PAISES	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19
Argentina	62,34	27,15	33,09	26,78	61,16	30,46	36,19	23,10	190,2	23,90	37,05	31,8	180,8	30,0	140,7	34,8	136,2	34,8
Brasil	50,1	32,43	41,42	32,98	54,22	36,82	58,74	37,47	64,69	37,79	56,07	37,67	57,95	41,30	39,34	35,89		
Chile	0	10,19	0	18,08	0	10,96	0	8,87	0	12,94	0	13,58	0	11,38	0	0		
Colombia	119,8	73,65	140,5	74,95	106,2	54,44	50,93	54,20	112,9	62,67	77,41	59,52	92,08	58,00	106,1	45,40	129,9	33,07
Costa Rica	0	6,25	0	13,46	1902,8	21,46	0	21,46	0	13,94	0	57,96	0	7,39	0	14,31	190,5	34,12
México	98,56	35,74	92,0	33,48	93,65	40,15	40,27	41,89	110,2	33,64	80,97	38,56	70,52	38,30	53,90	34,18	78,06	32,48
Panamá	S/I	S/I	S/I	S/I	0	79,89	0	52,48	S/I	S/I	0	76,32	0	91,77	0	41,71	0	23,34
Total países	6,93	3,74	6,82	3,73	8,68	3,87	5,02	3,98	8,61	3,91	6,22	4,04	6,97	4,05	5,54	3,49	7,18	4,23

Las razones de mortalidad materna en las madres – niñas de 14 años y menos son el doble y hasta el triple de lo que se presenta en madres adolescentes de 15 a 19 años. El riesgo es muy alto para atribuirlo sólo a la falta de cuidados en el control y atención de la salud. Hay factores biológicos que explican esta vulnerabilidad.

Al analizar por países la mortalidad materna de adolescentes, se observa que en las adolescentes menores de 15 años la información varía en polos muy extremos, ubicándose entre cero y 190 por 100.000.

Argentina presenta amplias variaciones de las razones de 36 a 190 por 100.000. Brasil presenta razones más constantes sin tendencia al descenso. Es cierto que las muertes son de bajo número, pero con un denominador de NV también bajo. Esto significa que basta una muerte más o una muerte materna menos, de un año al otro, para que la razón cambie con grandes variaciones. Es posible que haya subregistro de las muertes maternas en esta edad por errónea asignación de la causa de muerte. En estas circunstancias es un buen trazador de las sub enumeraciones y del

control de calidad del registro de la mortalidad materna y podría ser considerado en el análisis de las muertes maternas ocurridas en esta edad. Chile, Costa Rica y Panamá mantienen razones de 0 de mortalidad materna en esta edad. En Costa Rica bastó 1 muerte materna en 2008 para que su razón fuera de 190.5 por 100.000. La mortalidad materna en esta edad es un indicador muy sensible.

La tendencia de la mortalidad en madres-niñas no desciende en la mayoría de los países con información, en tanto que la mortalidad en madres de 15 a 19 años tiende a bajar.

En la tabla N° 7 se muestra que el aporte proporcional que hacen las muertes en las adolescentes menores de 15 años es bajo, variando de 0,7 % a 1%. En tanto que las mujeres de 15 a 19 años aportan proporciones a la mortalidad materna total que van de 13 a casi 14,5 %, llegando en algunos años y países al 29 y 30 % de las muertes maternas totales, como ocurre en Costa Rica y Panamá. Esto puede ocurrir cuando la mortalidad materna tiende a descender y confirma este comportamiento que la vulnerabilidad de la maternidad en la niñez es muy alta, con gran impacto en la mortalidad materna.

TABLA N° 7.
MORTALIDAD MATERNA PROPORCIONAL CORRESPONDIENTE A MADRES-NIÑAS DE 14 AÑOS Y MENOS Y MADRES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS. 2000-2008.

PAISES	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19	10-14	15-19
Argentina	0,82	11,4	0,34	8,75	0,63	9,38	0,31	10,87	1,60	15,65	0,36	8,96	1,50	9,91	1,31	10,46	1,24	19,25
Brasil	0,83	13,48	0,76	15,09	0,91	14,80	1,01	15,28	1,04	14,63	0,93	14,75	0,99	15,40	0,69	13,14		
Chile	0	8,16	0	15,56	0	9,52	0	10,0	0	11,90	0	10,42	0	8,51	0	0		
Colombia	0,90	15,21	1,12	16,25	1,02	13,71	0,53	14,56	1,23	17,05	0,95	17,49	1,16	17,53	1,39	14,26	2,13	12,56
Costa Rica	0	3,57	0	8,00	3,33	11,11	0	12,5	0	9,09	0	29,63	0	3,57	0	14,29	4,00	20,00
México	0,91	11,70	0,87	11,27	0,75	12,08	0,30	12,62	0,86	10,84	0,63	12,44	0,58	12,73	0,52	12,88	0,77	12,43
Panamá					0	0,45			0	14,29	0	21,43	0	20,00	0	12,50	0	7,32
Total países	0,86	13,07	0,91	13,94	1,09	13,63	0,61	13,83	1,04	13,76	0,79	14,46	0,89	14,26	0,77	12,83	0,71	13,56

Para Chile, Panamá y Costa Rica la cifra es 0, pues no se registran muertes maternas de madres de 14 años y menos en esta serie de años, excepto en el último país, donde en 2008 ocurrió una muerte y dado el bajo número de muertes maternas totales la proporción se eleva a 4%. El resto de los países mantienen una proporción alrededor del 1%. En la tabla se aprecia que la proporción aumenta en las adolescentes entre 15 a 19 años, variando entre 8 y 29 %. Las proporciones más altas corresponden a Panamá y Colombia. Se mantienen en un nivel intermedio Argentina, Brasil y México, con proporciones que varían entre 10 y 15 %. La proporción más baja se presenta en Chile, con variaciones de 8 a 15% y en descenso, sin presentar muertes en esta edad en 2007. Con

excepción de Panamá y Chile, no se observa una tendencia al descenso en estas proporciones. Este comportamiento de la mortalidad materna proporcional tiene variadas interpretaciones y los hallazgos dependerán de la calidad de los registros, pues mínimos subregistros inciden mucho en las proporciones al tener cifras de rango bajo. Cuando la mortalidad materna total no tiene tendencias al descenso las proporciones de las ocurridas en adolescentes se mantienen. Cuando la mortalidad materna inicia su descenso, ocurre en las mayores de 24 años.

Es necesario tener partos institucionalizados y atendidos por profesional para impactar en este grupo de edad, especialmente en las menores de 15 años. Lo mismo ocurre con el control prenatal. Las adultas son las que primero se benefician de este cuidado y las adolescentes lo hacen más tardíamente, por eso es necesario desarrollar programas especiales de búsqueda y detección para ellas.

Causalidad de la mortalidad materna

Las causas de las muertes maternas registradas en cuatro países dan el perfil de las causas por las cuales muere una mujer adolescente en estos países de la región. En las adolescentes de menos de 15 años, la causa más importante se relaciona con el síndrome metabólico a consecuencias de un trastorno hipertensivo. La segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit de la detección precoz de una patología mal tratada, o simplemente no tratada en el período prenatal y cuya complicación origina el deceso de la adolescente al momento del embarazo, o por sus secuelas tiempo después del parto o del término del embarazo. Lo mismo ocurre en las adolescentes de 15 a 19 años.

La tercera causal que explica la muerte materna en adolescentes está constituida por las complicaciones de un embarazo que termina en aborto. Estas tres primeras causas son prevenibles con la detección precoz de la patología o la adecuada prevención del embarazo inesperado. Aquí hay otro tema que es importante en las niñas-madres y es el embarazo producto de una violación o de un abuso sexual crónico y la ausencia o falta de aplicación de las indicaciones de interrupción del embarazo por este motivo, en especial tratándose de una menor de edad. La cuarta y quinta causas de muerte en las niñas-madres son las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato. La cuarta causa se relaciona con la falta de atención prenatal y falta de atención adecuada del parto institucional por profesional, con las respectivas consecuencias.

TABLA N° 8

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA REGISTRADAS EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN EN CUATRO PAÍSES DE LA REGIÓN CON INFORMACIÓN ENTRE 2000 Y 2008. ARGENTINA (*), BRASIL (**), COLOMBIA (***) Y COSTA RICA (****). CONSOLIDADO A PARTIR DE LA INFORMACIÓN DE ANUARIOS OFICIALES DE LOS PAÍSES OBTENIDAS EN INTERNET.

CAUSAS DE MUERTES MATERNAS	Consolidado de 4 países y 8 años 2000 a 2008(*)					
	Madres < de 15 años		Madres 15 a 19 años		Total madres <19 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo terminado en aborto (000-008)	29	16,02	247	9,49	276	9,91
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (010-016)	52	28,73	739	28,38	791	28,40
Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (020-029)	7	3,87	92	3,53	99	3,55
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (030-048)	4	2,21	32	1,23	36	1,29
Complicaciones del trabajo del parto y del parto (060-075)	22	12,15	337	12,93	359	12,89
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (085-092)	25	13,81	433	16,63	458	16,45
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (095-099)	36	19,89	604	23,20	640	22,98
Causas especificadas en otros capítulos	6	3,31	120	4,61	126	4,52
Total	181	99,99	2.604	100,00	2.785	99,99

(*)<http://www.indec.gov.ar/>

(**) <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> (30 agosto 2010)

(***)http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119 (30 agosto 2010)

(****)<http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx> (30 agosto 2010)

En el estudio de mortalidad materna en adolescentes de Nicaragua (27) se describe que de las 89 jóvenes fallecidas, 40 nunca tuvieron control prenatal y 17 tuvieron uno o dos controles. La deficiencia en la atención del parto también se confirma en este estudio, que revela que sólo en 20 mujeres de las 89 fallecidas menores de 19 años, correspondiente al 22% de las 363 muertes maternas analizadas entre 2003 y 2005, el parto fue atendido en un hospital. En 31 casos el parto ocurrió en el domicilio y en un caso en la vía pública. La principal complicación en el posparto en las madres adolescentes fallecidas corresponde a las infecciones del tracto genital, lo que se asocia a la mayor frecuencia de nacimientos prematuros con la ruptura de las membranas amnióticas en el proceso del parto y deficiente manipulación del trabajo de parto. Esto se traduce en las sepsis causantes de las muertes del 14% y 17% de las adolescentes menores de 15 años y entre 15 y 19, respectivamente.

Alrededor de un 4 % de las causas de mortalidad materna en la adolescencia se relacionan con otras patologías que se registran en otros capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Muertes (tabla N° 8).

Mortalidad infantil y perinatal

Se ha estudiado una serie de años de mortalidad infantil, neonatal y fetal tardía en madres adolescentes menores de 15 años y se ha comparado con las ocurridas en adolescentes de 15 a 19 años y con el total de la población.

TABLA N° 9

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD DE LA MADRE DE < 15 AÑOS Y DE 15 A 19 AÑOS Y TOTAL A TODA EDAD DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LOS MISMOS PERÍODOS. PAÍSES DE LA REGIÓN CON INFORMACIÓN DISPONIBLE EN INFORMES OFICIALES EN INTERNET. 2000-2007

AÑOS	Brasil (*)			Colombia (**)			Chile (***)		
	<15	15-19	Total	< 15	15-19	Total	< 15	15-19	Total
2000	22,52	14,78	21,89	24,48	16,67	20,41	15,17	11,13	9,39
2001	22,50	13,72	19,32	22,31	16,62	19,92	N/D	N/D	N/D
2002	23,20	14,85	22,53	20,35	15,19	18,05	N/D	N/D	N/D
2003	22,28	14,90	18,94	22,07	15,28	17,18	17,10	9,90	8,25
2004	23,79	15,19	17,90	19,66	14,50	16,28	N/D	N/D	N/D
2005	22,47	15,01	16,98	22,14	13,99	15,91	13,90	9,45	8,28
2006	21,19	15,27	16,41	20,41	13,65	15,47	18,87	9,85	7,95
2007	23,85	14,27	15,69	17,12	13,79	15,32	18,85	10,71	8,35

(*) <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> (30 agosto 2010)

(**) http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119 (30 agosto 2010)

(***) http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php (30 agosto 2010)

Se han estudiado los países con información disponible entre 2000 y 2007, por medio de sus registros publicados en Internet: Brasil Chile y Colombia. En las tablas N° 9, 10 y 11 se aprecia lo encontrado.

Se observa que en los tres países la mortalidad infantil es muy superior en los hijos de madres menores de 15 años y sin tendencia al descenso. En algunos períodos es más del doble de la mortalidad infantil a toda edad o de la mortalidad de hijos de madres adolescentes de 15 a 19 años. Estas últimas tampoco muestran una clara tendencia al descenso, como ocurre con la mortalidad infantil a toda edad.

TABLA N° 10

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL (< 28 DÍAS), POR EDAD DE LA MADRE DE 15 AÑOS Y MENOS A 19 AÑOS Y TOTAL A TODA EDAD DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN LOS MISMOS PERÍODOS. PAÍSES DE LA REGIÓN CON INFORMACIÓN DISPONIBLE EN INFORMES OFICIALES EN INTERNET. 2000-2007

AÑOS	Brasil			Colombia			Chile		
	<15	15-19	Total	< 15	15-19	Total	< 15	15-19	Total
2000	17,43	10,83	14,00	19,17	11,95	12,92	10,43	6,83	5,69
2001	17,46	10,00	12,56	16,16	11,27	12,17	N/D	N/D	N/D
2002	18,54	10,97	12,64	15,04	10,46	11,19	N/D	N/D	N/D
2003	18,03	10,76	12,27	17,25	10,21	10,63	9,05	5,94	5,17
2004	19,68	11,14	11,86	15,80	9,59	10,08	N/D	N/D	N/D
2005	17,79	11,02	11,33	15,33	9,43	9,90	11,76	6,00	5,43
2006	20,14	11,33	11,07	14,43	8,90	9,37	10,48	6,72	5,40
2007	18,63	10,46	10,66	12,73	9,34	9,56	13,61	6,53	5,64

La mortalidad neonatal del primer mes de vida (0 a 28 días) también es más alta en hijos de madres menores de 15 años y tampoco muestra una tendencia al descenso en Brasil ni Chile, más bien tiende al ascenso. La mortalidad neonatal a toda edad sí tiene una tendencia clara al descenso.

La mortalidad fetal tardía es un indicador muy sensible, principalmente por su registro deficiente en todas las estadísticas y muy especialmente en aquellos países donde el aborto no está despenalizado y su práctica es clandestina hasta una edad gestacional muy avanzada, lo cual ocurre especialmente en las adolescentes menores de 15 años y en adolescentes de 15 a 19 años. Este tema se analizará más adelante.

TABLA N ° 11

TASAS DE MORTALIDAD FETAL TARDÍA POR EDAD DE LA MADRE DE 15 AÑOS Y MENOS, DE 15 A 19 AÑOS Y TOTAL DE LA MORTALIDAD FETAL TARDÍA EN LOS MISMOS PERÍODOS. PAÍSES DE LA REGIÓN CON INFORMACIÓN DISPONIBLE EN INFORMES OFICIALES EN INTERNET. 2000-2007

AÑOS	Brasil			Colombia			Chile		
	<15	15-19	Total	< 15	15-19	Total	< 15	15-19	Total
2000	12,42	8,56	12,66	23,11	15,28	18,89	4,74	3,46	4,48
2001	11,29	8,53	12,09	28,46	19,58	25,38	N/D	N/D	N/D
2002	12,65	8,78	12,23	21,05	17,59	21,02	N/D	N/D	N/D
2003	12,64	8,78	12,21	32,77	20,40	25,15	9,05	5,17	5,99
2004	11,99	8,97	11,97	31,11	22,23	25,87	N/D	N/D	N/D
2005	12,19	8,47	11,02	40,10	30,12	35,22	21,39	7,25	7,98
2006	10,87	9,24	11,62	46,04	32,13	37,07	13,63	8,08	9,18
2007	12,52	8,58	11,12	51,07	36,16	41,43	10,47	10,11	9,0

Las tasas de mortalidad fetal tardía en menores de 15 años son francamente superiores a lo observado en las tasas de mortinatos de las madres adolescentes de 15 a 19 años. En muchos períodos las tasas son superiores a las observadas en madres de toda edad. Hay tendencias al aumento de las tasas, lo cual se debe seguramente al mejor registro y no necesariamente a un aumento real del indicador.

En resumen, la información es muy sólida para confirmar que el riesgo de morir de los y las hijos/as de madres menores de 15 años es muy alto.

Peso y edad gestacional en madres adolescentes

En un estudio chileno aun en curso (28) se ha explorado el peso y la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes y se las ha comparado con los de madres jóvenes, durante un período de 11 años. La información se ha obtenido del Instituto Nacional de Estadísticas (10). En la tabla N° 12 se aprecia la información desde 1995 a 2004.

TABLA N° 12

PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y OR CON PESO DE 2.499 KILOS Y MENOS Y 36 SEMANAS O MENOS DE GESTACIÓN, SEGÚN EDAD DE LA MADRE Y TOTAL DE NACIMIENTOS EN CADA EDAD, CHILE 1995 A 2004. INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA BASE DE DATOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE CHILE (INE)

EDAD	Número Total de Nacidos Vivos	Número de NV con Peso de 2.499 y (-) y con 36 semanas y (-) de edad gestacional	%	OR	IC 95%
11 a 12	222	19	8.6	3.087	1.92-4.94
13	1.799	122	6.8	2.399	1.99-2.88
14	8.756	455	5.2	1.807	1.64-1.98
15	26.964	1.202	4.5	1.538	1.44-1.63
16 a 19	349.957	12.544	3.6	1.226	1.19-1.25
20 a 24	605.659	17.822	2.9	1.0	

La proporción de nacidos vivos con esta condición de alto riesgo perinatal aumenta progresivamente a medida que la edad de la madre es menor. En las madres-niñas de 11 y 12 años la proporción es 3 veces más alta que en las jóvenes de 20 a 24 años que se han considerado como grupo control. Al calcular los OR se aprecia que con significancia estadística todos aumentan progresivamente a menor edad de la madre.

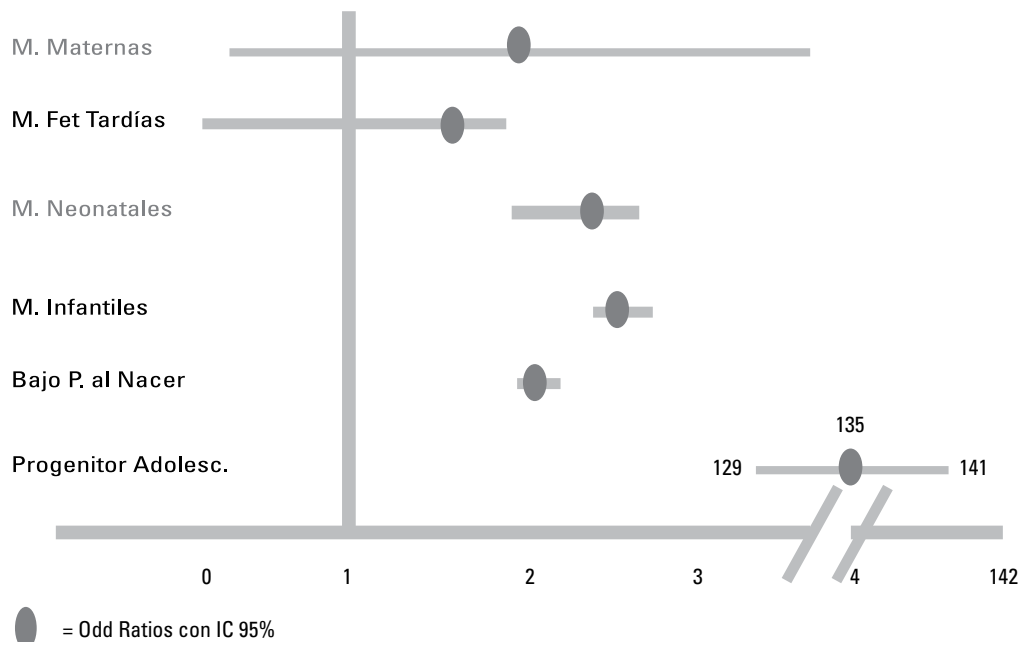
Indicadores relacionados con la mortalidad materna y perinatal

La fecundidad adolescente que se expresa en un indicador relacionado con la mujer, también involucra al hombre adolescente. De cada 10 embarazos de menores de 19 años, en 4 a 5 de ellos el progenitor es otro adolescente (29).

El impacto en la salud adolescente en un contexto de salud pública se mide por los indicadores de mortalidad materna y perinatal. Estos indicadores hay que analizarlos durante varios años para tener datos suficientes que permitan un análisis más exacto.

GRÁFICO N° 1

N° DE MUERTES, BPN Y PROGENITOR ADOLESCENTE ENTRE 1990 Y 1999 EN 9.550 PARTOS <15 AÑOS COMPARADOS CON 1.980.375 PARTOS DE 20-34 AÑOS DE EDAD. E. DONOSO, J BECKER, L. VILLARROEL. REV. CHILENA DE OBS. GIN. 2001; 46(5):391-6)



En el gráfico N° 1, tomado de la experiencia nacional chilena entre 1990 y 1999, se observa que los OR son mayores a 1, pero sólo significativos en las muertes neonatales e infantiles. Se observa, además, que es francamente significativa la existencia de un progenitor adolescente (26).

Se concluye que el impacto es mayor en embarazos de madres adolescentes menores de 15 años, pero los que se afectan significativamente son los hijos de madres adolescentes tanto en muertes como en bajo peso al nacer. Aparentemente las medidas de una atención integral y de buena calidad a la adolescente embarazada, logran impactar en los indicadores maternos pero no en los neonatales e infantiles, que dependen de factores del medio y no sólo de la atención en salud.

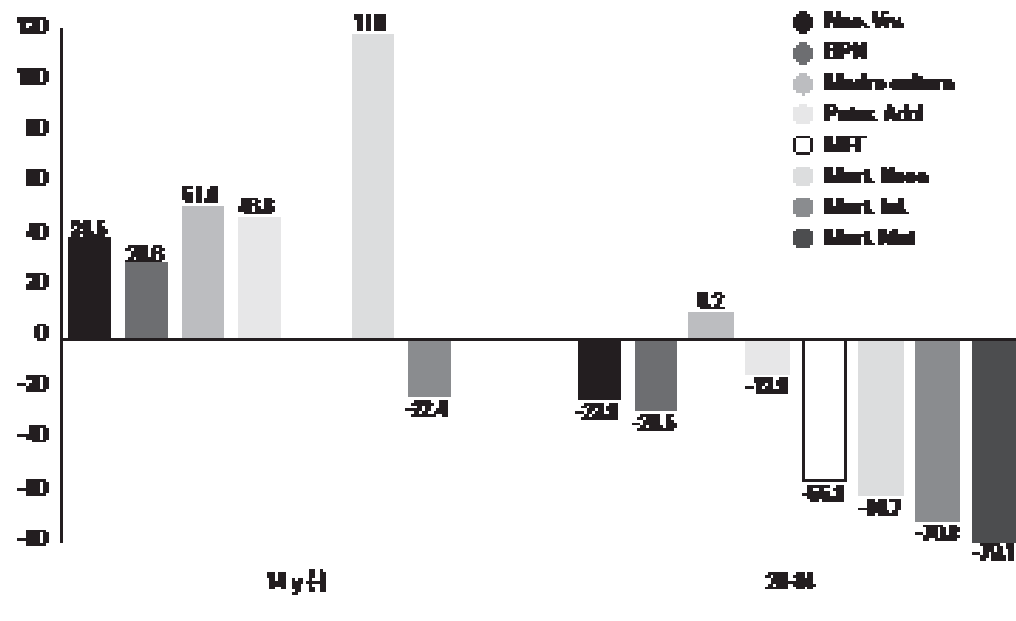
La inclusión del hombre adolescente o padre adolescente es indispensable dada la frecuencia de la paternidad adolescente. Este es un franco desafío para los programas que se focalizan exclusivamente en la población femenina.

En esta misma experiencia se evaluó la evolución de las razones de mortalidad materna y las tasas de mortalidad perinatal, comparando el grupo de embarazadas de 14 años y menos con las de 20 a 34 años. En el gráfico N° 2 se observan sus resultados.

GRÁFICO N° 2.

CAMBIOS PROPORCIONALES DE LOS INDICADORES CHILE. 1990 Y 1999.

E. DONOSO, J BECKER, L. VILLARROEL REV. CHILENA DE OBS. GIN. 2001; 46(5):391-6)



En los 10 años de evolución todas las proporciones de las tasas descienden en la mujer entre 20 y 34 años a excepción de la madre soltera. En el grupo de 14 años y menos todas las tasas ascienden a excepción de la de mortalidad infantil. Esto último se debe a programas muy intensivos y especializados en la madre adolescente menor de 15 años. Sin embargo, la mortalidad neonatal es la que más asciende debido a los nacidos de bajo y muy bajo peso al nacer. La mortalidad materna en menores de 14 años tiene cifras muy bajas, por lo cual no hay posibilidades de cálculo.

En conclusión, desde un punto de vista de la salud pública se puede afirmar que los esfuerzos para disminuir la mortalidad perinatal e infantil en madres adolescentes son mucho más intensos que por encima de los 20 años.

Factores condicionantes del mayor riesgo de madres menores de 15 años

Mayor vulnerabilidad de la etapa pos menarquia inmediata

Entendemos como tal los embarazos en menores de 14 años que generalmente se dan en situaciones ambientales muy severas y en adolescentes menores afectadas por anemia previa, malnutrición y un control prenatal de inicio tardío por un diagnóstico retrasado. No es infrecuente que sean adolescentes embarazadas que lleguen al parto sin el diagnóstico de embarazo. En los gráficos anteriores se observaba con claridad que ser madre a los 14 años o menos tiene más posibilidades de tener patologías, mortalidad materna y perinatal que serlo por encima de los 15 años y también por encima de los 24 años.

Embarazo no esperado o no deseado en un contexto de pareja débil o sin pareja

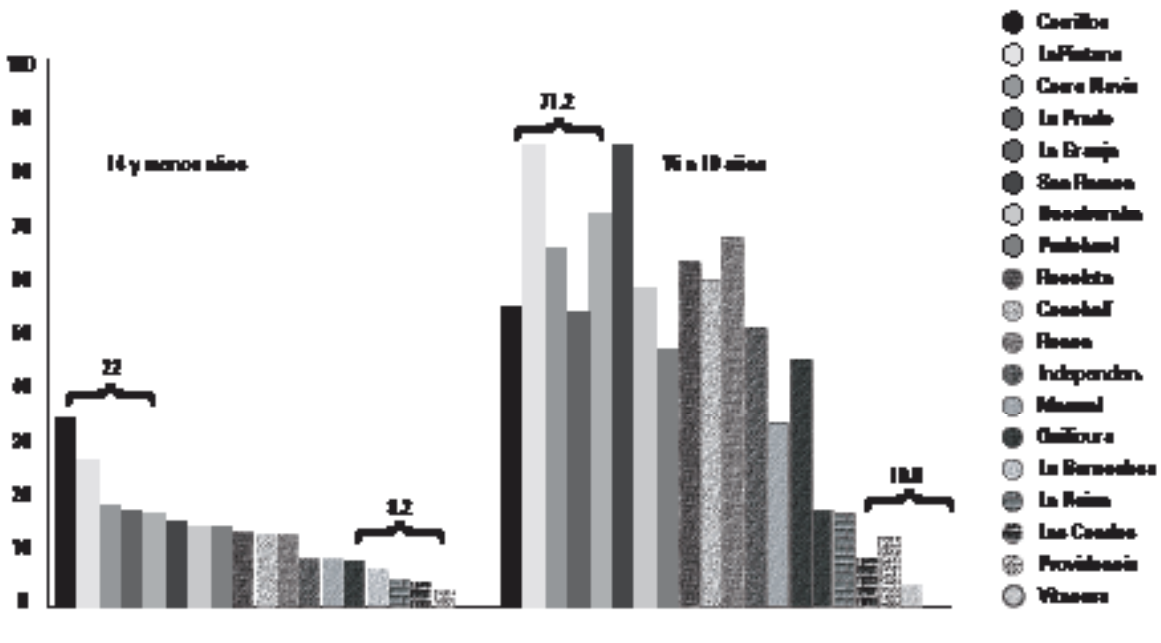
Algunos marcos legales contemplan como causal de aborto no punible el embarazo de una menor de 14 años con o sin violación. Ciertos países consideran que todo embarazo en menores de 14 años debe ser denunciado, pues implica un potencial abuso sexual o una violación. Ambos criterios jurídicos y legislativos apuntan a considerar el embarazo en adolescentes menores como un hecho de riesgo casi extremo. Esta situación es de excepción en países desarrollados pero no en países en desarrollo (23).

Así, el embarazo en las adolescentes menores se da en situaciones sociales de deprivación. En un registro oficial del Ministerio de Salud de Chile, que tabula los embarazos por edad de la madre y comunas del país, se analizó la Región Metropolitana de Santiago comparando las comunas de menor con las de mayor nivel socioeconómico.

En el gráfico N°3 se observa que las comunas más pobres se encuentran hacia la izquierda de las columnas y las más pudientes hacia la derecha como son La Reina, Las Condes, Providencia y Vitacura. En esta última el ingreso económico per cápita es semejante al ingreso promedio alto de países nórdicos. Si se toma otro indicador, como las raciones alimenticias a escolares, que refleja la demanda por nivel socioeconómico de los estudiantes de los establecimientos escolares de esas comunas, las cuatro comunas antes enumeradas son las que reciben la menor proporción de raciones alimenticias, lo que se explica por su menor demanda de alimentos a escolares.

La diferencia de los promedios de las razones de fecundidad en las de ≤ 14 años y de 15 a 19 años es grande, entre las comunas más pobres y las más ricas.

GRÁFICO N°3.
RAZONES Y TASAS DE FECUNDIDAD EN MUJERES MENORES DE 19 AÑOS Y MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN COMUNAS EN SANTIAGO DE CHILE.2002



Actitud de rechazo, ocultamiento y no control o control tardío del embarazo

La actitud de rechazo al embarazo lleva a su ocultamiento con gran angustia y en consecuencia, no se acude o se retrasa el control del embarazo. Aquí hay reacciones que llevan a negar el hecho, negar su existencia. En adolescentes muy angustiadas se utiliza todo tipo de mecanismos para ocultar el embarazo. Es por ello que la condena pública ya sea culturalmente o por razones religiosas tiene consecuencias muy negativas que pueden afectar la salud y vida de las adolescentes y del bebé.

Esta actitud es muy clara al comparar las adolescentes cuya gestación termina en parto o aborto espontáneo o provocado. En un estudio en Santiago de Chile que abarcó tres hospitales se entrevistó a adolescentes cuyos embarazos terminaron en parto o aborto espontáneo o provocado. Se siguió criterios muy estrictos para la calificación de abortos provocados. Se exploraron una serie de variables y fueron entrevistadas por psicólogas y psiquiatras. Se encontró que el deseo de embarazo fue muy bajo en los abortos provocados, menor en los abortos espontáneos y que hubo mayor porcentaje de deseo en los embarazos terminados en partos. Sin embargo, en este último grupo el deseo sólo alcanzó el 64% en las madres adolescentes y el 70 % en su pareja, cuando fue posible ubicarla. Este hecho es muy relevante al relacionar esta baja proporción con el ocultamiento del embarazo y con los controles prenatales tardíos (30).

Abandono escolar

El abandono escolar no sólo es una consecuencia del embarazo en adolescentes escolares, sino que juega un papel muy importante en las conductas de autocuidado y de cuidado con el/la hijo/a en sus primeros años de vida.

En un estudio de seguimiento de adolescentes embarazadas y madres adolescentes que no abandonaron el sistema escolar se las comparó con otras adolescentes embarazadas expuestas al sistema regular de educación, en un modelo educativo, en el cual las escolares podían continuar estudiando durante el embarazo y aún después del parto, pues se contaba con sala-cuna y jardín infantil en el mismo establecimiento escolar (31).

Se observó que tres años después del parto las adolescentes que no abandonaron los estudios no repiten el embarazo en la frecuencia con que lo hacen las que abandonan el establecimiento escolar. Asimismo, sus hijos(as) tuvieron menos episodios de enfermedad en comparación con los hijos(as) de las que abandonaron el sistema escolar.

Concepto de factores de riesgo predictivos para la atención de adolescentes embarazadas

Es cierto que no todas las adolescentes embarazadas menores de 19 años tienen riesgo de morbilidad durante el embarazo, parto o período del recién nacido. Por lo tanto podemos preguntarnos cuáles son las adolescentes que necesitan una mayor atención y cuidado en el control prenatal o una mayor atención durante el parto. La respuesta es muy importante pues los recursos en salud no son infinitos y es necesario priorizar los recursos de mayor costo en aquellas mujeres adolescentes que tengan más riesgo. Se trata de determinar los factores o hechos relacionados con el embarazo, parto y recién nacido que se asocian a patología importante. A estos factores se los llama factores predictivos.

Se efectuó un estudio durante 6 años (1981-1986) con 652 adolescentes embarazadas cuyo control del embarazo fue atendido en el centro especializado para adolescentes embarazadas y todos los partos en la maternidad del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital José Joaquín Aguirre de la Universidad de Chile. Se siguió en el tiempo una cohorte de adolescentes menores de 19 años que tuvieron una atención estandarizada y se compararon variables biológicas y sociales entre las que desarrollaron patología y las que no. Se realizó un análisis multivariado de regresión múltiple para ver aquellas variables que se mantenían significativas al compararlas con los factores significativos provenientes del primer análisis.

Todas estas morbilidades se cruzaron con las variables analizadas de edad, filiación de la adolescente, nivel de instrucción, actitud al inicio del embarazo, actitud al final del embarazo, orden dentro de la familia, edad de la menarquía, edad ginecológica, estatura materna y estado nutricional por perímetro braquial, características de calidad de la atención: edad gestacional al inicio del control, número de controles prenatales, patología del embarazo actual y patología del parto actual. Se cruzó con las variables del progenitor y de la familia, como: actividad del progenitor, actitud del progenitor, actitud de la familia al inicio y al final del embarazo. Así, un total de 18 variables se asociaron al riesgo de patología durante embarazo, 19 al parto y 21 al recién nacido. Todas estas variables hicieron parte del análisis de regresión múltiple.

TABLA N° 13
VARIABLES DE RIESGO PREDICTIVO DE PATOLOGÍA DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

EMBARAZO							
Variable	Categoría	Beta	E.S.	Chi Cua	P	R	Comentario
Actividad de la pareja	Estud. o ser. mil ocasional	0.978 0.467	0.257 0.277	14.15 2.86	0.0001 0.090	0.157 0.041	Aumenta el riesgo Aumenta el riesgo
Edad de la menarquia	A mayor edad	(-) 0.159	0.078	4.08	0.043	(-) 0.055	Se considera de riesgo la menor de edad
Área musc. braquial	A mayor área	(-) 0.0004	0.0002	3.56	0.059	(-) 0.055	Se considera de riesgo la menor área braquial. Indicador de enflaquecida
Actitud de la adolescente al inicio de emb.	Actitud (+)	(-) 0.904	0.553	2.67	0.102	(-) 0.036	Se considera de riesgo la actitud indiferente y negativa

Sensibilidad: 50.3: Especificidad: 74.5: Correctas: 63.9: Falso (+): 39.3: Falso (-): 34.3

PARTO							
Variable	Categoría	Beta	E.S.	Chi Cua	P	R	Comentario
Situación sex embarazo	Seducción y violación	0.855	0.185	13.54	0.0036	0.122	En el modelo aparece como variable de riesgo infinito cuando la variable actividad de la pareja no se conoce
Estatura	La mayor	(-) 0.034	0.019	2.19	0.088	(-) 0.043	Se considera de riesgo la menor estatura

Sensibilidad: 53.8: Especificidad: 60.2: Correctas: 57.5: Falso (+): 49.7: Falso (-): 36.5

RECIÉN NACIDO							
Variable	Categoría	Beta	E.S.	Chi Cua	P	R	Comentario
Estatura	La mayor estatura	(-) 0.053	0.020	6.78	0.009	(-) 0.097	Se considera de riesgo la talla 1.59 m. Y (-)
Nivel de instrucción de la adolescente	1 a 2 años de enseñanza	0.481	0.231	4.35	0.037	0.068	Este riesgo se asocia al conflicto de la adolescente colegiala
Actividad de la pareja	Estudiante o serv. militar	0.384	0.230	2.80	0.094	0.040	Aumenta el riesgo
Patología del parto	Existencia de patología	0.419	0.218	3.69	0.055	0.058	Variable tardía y no se considera predictiva

Sensibilidad: 60.8: Especificidad: 55.0: Correctas: 57.5: Falso (+): 49.7: Falso (-): 34.8

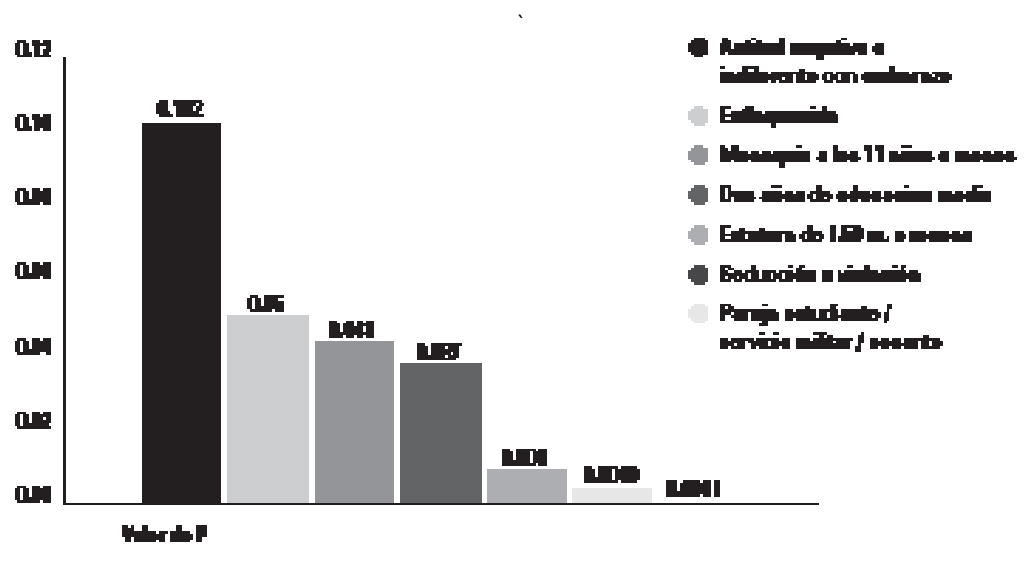
Se incluyó aquellas con Beta o Chi Cuadrado significativo. Como se observa en el embarazo, se encontró cuatro variables asociadas. En el parto hubo dos variables significativas y para el período de recién nacido/a se encontraron cuatro variables significativas. Hay dos variables que se repiten: la actividad de la pareja que corresponde al abandono o ausencia de la pareja o a la falta de apoyo económico permanente. Esto ocurre para el embarazo y período de RN. La otra variable que se asocia es la estatura baja, la cual se consideró de 1.50 m. o menos. Esto ocurre para el parto y para el período de RN. De este análisis se desprende que en el período de RN hay variables que le condicionan una mayor vulnerabilidad. Para una mayor comprensión de la información del análisis multifactorial se adjunta una tabla adicional, donde se puede observar la información estadística completa (tabla 13).

Uno de los indicadores corresponde al coeficiente Beta, puede ser positivo o negativo. Cuando es positivo muestra el riesgo asociado al daño. Cuando es negativo el factor descrito es protector y desde un punto de vista clínico se debe considerar la recíproca de la variable como ocurre con la estatura. Para esto es necesario tener la información del análisis univariado, que no se describe en este capítulo pero que se puede obtener del trabajo original (32).

Sin embargo, fue necesario simplificar aun más estos hallazgos para ser aplicados en un instrumento simple y detectar los riesgos predictivos a nivel de la atención primaria, para utilizar un esquema simple seleccionador de las embarazadas con mayores riesgos de hacer una patología.

Tomando los p más bajos de las variables repetidas y aceptando hasta 0.05 de p tenemos la gráfica 4, a la cual se le agrega la actitud indiferente o negativa al inicio del embarazo por ser una variable de impactos impredecibles.

GRÁFICO 4
ORDENAMIENTO DE LOS FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGO EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA SEGÚN EL VALOR DE P



A estos factores se pueden agregar dos más que no alcanzaron significación en el estudio, pero que desde un punto de vista clínico revisten riesgo. Estas variables son: la edad de 15 años y menos y la soltería para algunos países o regiones. También debe ser considerada como factor de riesgo la aparición o presencia de alguna patología previa u obstétrica o asociada al embarazo, lo cual sigue los mismos criterios clínicos aplicados en las embarazadas adultas.

Con este resumen se construye la norma para la atención de las adolescentes embarazadas. Se atienden todas en el sistema de atención primaria y se derivan al nivel secundario de mayor complejidad con la guía que se proponga, de acuerdo a la realidad local de recursos, política de salud y grado de organización del sistema de salud. Es muy difícil aplicar este modelo en donde no exista un modelo de atención en salud o no exista coordinación entre los niveles de complejidad.

La patología del embarazo, que es un aspecto netamente clínico, sigue lo que siempre se ha manejado, pero se agregan los criterios de riesgo predictivo que enriquecen los criterios clínicos, agregando factores psicosociales y otros biológicos ya conocidos como es la estatura y el estado nutricional de enflaquecimiento, al cual habría que agregar el sobrepeso que no era una realidad en el momento en que se hizo el estudio.

Seguimiento de madres adolescentes y sus hijos(as)

Hay poca información de estudios de cohortes de adolescentes madres y sus hijos(as) en nuestra región.

Según la información precedente los(as) hijos(as) de madres adolescentes tienen mayor riesgo de restricción de crecimiento intrauterino, partos prematuros, bajo peso al nacer y mayor mortalidad perinatal. Posteriormente tienen mayor exposición al alcohol y drogas, más frecuencia de desnutrición y mayor compromiso de la talla a más largo plazo. En lo psicosocial con mayor frecuencia tienen embarazos inesperados y repiten el patrón de fecundidad de su madre (la que a su vez también había repetido patrón de fecundidad de su madre). Esto se ha denominado transferencia intergeneracional de la fecundidad. Se describe una mayor frecuencia de familias uniparentales con mayor inestabilidad familiar. Los padres alcanzan un menor nivel educacional, con gran dependencia de la familia materna –paterna, esto condiciona un estrés psicosocial que se transmite a las siguientes generaciones (33).

Un estudio de cohorte que abarcó a la madre adolescente, su pareja y los padres de ellos y un examen de los/as hijos/as que nacieron entre 1981 y 1985 -examinados entre 1988 y 1989, abarcando al 51% de la cohorte-, encontró que la responsabilidad del cuidado del/a hijo(a) disminuye hasta un 29% y la responsabilidad se traspasa a los abuelos. Sin embargo no hubo trastornos del desarrollo en el primer año de vida. Al año se inician los problemas. Hubo un 30,2% de los niños que fueron hospitalizados una o más veces y los accidentes ocurridos fueron graves. La mortalidad entre 1 y 5 años fue superior al promedio nacional (34). Las causas de hospitalización fueron como se describen en la tabla N° 14. Esto se explica por el medio inadecuado en que nace un(a) hijo(a) no esperado de una madre adolescente.

TABLA N° 14

CAUSAS Y FRECUENCIAS (%) DE HOSPITALIZACIONES EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES ENTRE 4 Y 7 AÑOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO

CAUSAS	1 ^{era} Hosp.	2 ^{da} Hosp.	3 ^{era} Hosp.	Accidente	1 ^{er} año	2 ^{do} año
Sistema respiratorio	41,6	52,9	71,4	Quemadura	50,0	46,4
Infecciosas / parasitarias	15,6	17,6		Fractura	14,3	14,3
Aparato digestivo	13,0	11,8		Herida Sut.	7,1	14,3
Accid y violenc.	7,8	5,9		TEC	-	3,6
Sist. N. y Org. Se.	7,8	5,9		Intoxicación	7,1	3,6
Otras	14,2			Otros	21,5	10,7

Lo que ocurre con este/a RNV es que llega absolutamente dependiente a un medio donde hay tanto rechazo. En estas circunstancias, es fácil entender las pocas alternativas que tiene por delante de no existir una intervención especializada que contribuya a revertir ese panorama tan negativo. Este papel le cabe al Estado en las situaciones en las cuales se encuentra la región.

Abortos en adolescentes, con especial atención en las menores de 15 años

La información específica acerca del aborto en menores de 15 años es muy escasa. Tal como se observaba en las tablas N° 4 y 5, las adolescentes tienen bajas frecuencias de egresos por complicaciones del aborto inducido clandestino. Sin embargo, cuando estas ocurren son muy graves.

En la tabla N° 15 se aprecian las tasas de aborto encontradas en comunidades de bajo nivel socioeconómico en Santiago de Chile (35).

TABLA N° 15
TASAS DE ABORTO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES SEGÚN ESTUDIO EN COMUNIDAD EN SANTIAGO DE CHILE

Edad	N° Embar.	N° Abort	O R	95% IC	P	Tasax1000
15-16	16	2	1,52	0,33 - 7,15	0,59	125
17-18	81	5	1,0			82
19-20	182	16	1,07	0,41 - 2,81	0,88	88
21-22	311	35	1,42	0,5 - 4,32	0,48	112
23-24	551	76	1,79	0,66 - 5,26	0,22	137

Los riesgos son mayores en el inicio de la edad fértil y luego aumentan en forma significativa a partir de los 24 años.

Generalmente son procedimientos en embarazos de edad gestacional avanzada, ejecutados por personal clandestino muy inexperto y en pésimas condiciones sanitarias. Las complicaciones son de consulta tardía al hospital por la ignorancia de las adolescentes, el miedo y el secreto en que se mantiene la situación.

Un estudio en Santiago de Chile, de intervención en comunidad de bajo nivel socioeconómico, para prevenir el aborto clandestino a través de la prevención del aborto en mujeres de alto riesgo predictivo de provocarse un aborto, se muestra en la tabla N° 16 (36).

El estudio es en población mayor de 15 años, pero se incluye para su discusión dada la falta de información en menores de 15 años. Nuestra hipótesis es que el aborto en menores de 15 años, sin una política de aborto despenalizado, es de muy baja frecuencia y más bien termina en un parto con RNV. Los efectos negativos sobre el desarrollo de este producto de la concepción, corresponden a equivalentes de una interrupción del embarazo que no ocurrió.

Esto se refleja en el mismo estudio, que calculó los riesgos predictivos de aborto en población adolescente como se observa en la tabla N° 16

TABLA N° 16

FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGO DE ABORTO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JÓVENES DE BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO. SANTIAGO CHILE. 1987-1988. FACTORES DE RIESGO ORDENADOS SEGÚN VALOR DE *P*

FACTORES DE RIESGO PREDICTIVO	OR	p
1.- Primera relación sexual entre 12 – 14 años	5,68	0.001
2.- Primer embarazo entre 13 – 15 años	4,25	0.001
3.- Educación: sólo enseñanza básica	2,92	0.05
4.-Edad al segundo embarazo 13 a 18 años	2,70	0.01
5.-Obrera o asesora del hogar	2,27	0.01
6.- Vive en media agua o rancho	2,19	0.05
7.- Cesante	2,19	0.05
8.- Sin religión	2,10	0.05

Se encontró que los dos factores de mayor riesgo de tener un aborto en la adolescencia fueron: haber iniciado las relaciones sexuales entre los 12 y 14 años y haber tenido el primer embarazo entre los 13 y 14 años. La falta de educación es el tercer factor de riesgo predictivo y tener un segundo embarazo entre los 13 a 18 años es el cuarto factor. De tal manera que los factores de riesgo más importantes se asocian a la sexualidad y fecundidad en la adolescencia temprana. Todos estos hallazgos son básicos para construir la prevención.

La revisión de 854.377 registros correspondiente al Estudio del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), que tiene 25 años de recolección de la información en la región acerca de adolescentes, comparados con los resultados de embarazos, partos y período perinatal, demostró que los riesgos en adolescentes embarazadas latinoamericanas son significativamente más altos que los de las madres jóvenes de 20 a 24 años (37).

Referencias

1. REDATAM, CELADE. <http://www.eclac.cl/software/cepal8c.html>
2. Argentina. <http://www.indec.mecon.ar/>, www.deis.gov.ar
3. Belice. <http://www.statisticsbelize.org.bz/>
4. Bolivia. <http://www.ine.gov.bo/default.aspx>
5. Brasil. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
6. Chile. <http://www.ine.cl/home.php> , www.deis.minsal.cl (con clave)
7. Colombia. http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/
8. Costa Rica. <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>
9. Cuba. <http://www.one.cu/aec2005metodologiac18.htm>
10. Ecuador. <http://www.inec.gov.ec/web/guest/inicio>
11. Guatemala. <http://www.ine.gob.gt/>
12. Honduras. <http://www.ine-hn.org/>
13. México. <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>
14. Nicaragua. <http://www.inide.gob.ni/>
15. Panamá. <http://www.contraloria.gob.pa/dec/BiblioAdqui.aspx>
16. Paraguay. <http://www.dgeec.gov.py/>
17. Perú. <http://www.inei.gob.pe/>
18. República Dominicana. <http://www.one.gob.do/>
19. 19.- Santa Lucía. <http://www.stats.gov.lc/>
20. Trinidad y Tobago. <http://www.cso.gov.tt/>
21. Uruguay. <http://www.ine.gub.uy/>
22. Venezuela. <http://www.ine.gov.ve/>
23. Molina R., González C., Sandoval J., González E. "Family Planning and adolescent pregnancy". En: Best Practice&research Clinical Obstetric and Gyneacology, 2010; 24:209-222.
24. Martínez G.M., Martínez M.M., Pérez D. "Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia". En: Rev. Cubana de enfermería 2002; 18:175-83.
25. Fuentes M.P., Cruzat H., Quiala M.B. "El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto". En: Rev. Cubana de enf. 1999; 15:22-7.
26. Donoso E., Becker J., Villarroel L. "Embarazo en la adolescente chilena menor de 15 años. Análisis de la última década del siglo XX". En: R. Ch. Obs. Gin. 2001; 66 (5):391-396.
27. Análisis de la Mortalidad Materna en Adolescentes. Nicaragua 2003-2005. Managua, Nicaragua 12 de junio 2007.
28. Kaileh May, Molina T., Molina R. Peso y edad gestacional de NV hijos de madres adolescentes en Chile. 1995-2004. Trabajo para optar al Doctorado en Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 2010.
29. González E. "El varón y la paternidad precoz". En: Salud sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago: Editorial Mediterraneo, 2003.

30. Toledo V., Molina R., González E., Martini A.M., Luengo X. y Molina T. "Perfil psicosocial de adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido". En: Rev. Ch. de Obstet y Ginecol. Inf. y Adolec., 1998; 5(1):1-16. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1998/V1perfil.pdf>
31. González E., Molina C., Meneses R., Molina T. "Impacto social de un modelo educativo alternativo para madres adolescentes que abandonan el sistema escolar regular". En: Sogia, Rev. Soc. Ch. de Obs y Gin. Inf. y de la Ad., 2000; 7(2). Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2000/VII2impacto.pdf>
32. Molina R., Luengo X., Sandoval J., González E., Castro R., Molina T. "Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas". En: Sogia, Rev. Soc. Ch. de Obs y Gin. Inf. y de la Ad. 1998; 5(1). Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1998/V1factores.pdf>
33. Luengo X. González E. "Hijos de madres adolescentes". En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago: Editorial Mediterraneo, 2003.
34. Buvinic M., Valenzuela J.P., Molina T., Gonzalez E. "The fortunes of adolescents mothers and their children: The transmission of poverty in Santiago, Chile". En: Population Development Review 1992; 18(2):269-297.
35. Faundez A., Barzelatto J. El drama del aborto. En busca de un consenso. 1a. ed en Chile. Santiago: Ediciones LOM, 2007.
36. Molina R., Pereda C., Cumsille F., Martínez Oliva L., Miranda E., Molina T. "Prevention of pregnancy in high risk women: Community intervention in Chile". En: Mundigo A.I., Indriso C. (eds.). Abortion in the Developing World.. New Delhi: World Health Organization/Vistaar Publications, 1999.
37. Conde-Agudelo A., Belizán J.M., Lammers C. "Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. 2005". En: Am J Obstetrics and Gynecology; 192: 342-9.

Tercera Sección



Prevención del embarazo en las adolescentes

Como ya vimos en la primera parte de este documento, el embarazo en la adolescencia tiene una asociación directa con la pobreza y el bajo nivel educativo. En Colombia, por ejemplo, las mujeres sin ninguna educación inician las relaciones sexuales a una edad mediana de 16 años, edad que se va incrementando en la medida que aumenta el nivel educativo hasta una mediana de 20 años entre las que tienen educación superior. La proporción de adolescentes que tuvieron un(a) hijo(a) antes de los 15 años es 2.2 veces mayor en zonas rurales que en zonas urbanas y 7 veces mayor entre las adolescentes de menor educación comparadas con aquellas que al menos finalizaron educación secundaria y 15 veces mayor entre las más pobres (1). En Argentina la proporción de adolescentes embarazadas con baja educación triplica aquellas con al menos educación secundaria incompleta (2).

En el grupo de adolescentes y en especial en las menores de 15 años la proporción de embarazos no planeados es alta, pero en algunos países como Colombia se ha reportado hasta 42% de adolescentes entre 15-19 años cuyo embarazo si era planeado (1, 2).

Evitar la presencia de embarazos no planeados en la población adolescente requiere en el marco de una política estatal de atención primaria varias estrategias como:

- 1.- Educación sexual integrada al sistema educacional y en la comunidad donde la cobertura de escolaridad sea baja.
- 2.- Servicios integrales de salud sexual y reproductiva exclusivos para adolescentes, atendidos por personal capacitado que brinde servicios amigables. Debe ofrecerse acceso sin barreras a métodos anticonceptivos modernos, incluyendo la anticoncepción de emergencia.
- 3.- Difusión a través de medios masivos de programas de educación sexual y de los servicios amigables para adolescentes
- 4.- Fortalecimiento de la capacitación del personal de salud en la atención de adolescentes en salud sexual y reproductiva integral

Anticoncepción

Una de las estrategias más importantes es el acceso sin barreras a métodos anticonceptivos modernos (incluyendo anticoncepción de emergencia), tanto para quienes ya han pasado por la experiencia de la maternidad o paternidad, como para quienes comienzan su vida sexual, con especial énfasis en las mujeres que han interrumpido un embarazo (3).

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción en adolescentes

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos aún se ve limitado por diversas barreras sociales y culturales. Entre las adolescentes más jóvenes es menor el conocimiento de anticoncepción, el acceso a los servicios de salud, y existen mayores tabúes, presión social y de género que limitan el uso anticonceptivo (4).

En una tesis de maestría de Salud Pública del doctor Orellana, en Perú, se encontró que sólo 48 % de adolescentes usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual y que consideran el condón como el anticonceptivo más conocido y usado debido a que es barato, fácil de encontrar y seguro. Se concluye en ese trabajo que algunas barreras que impiden el uso de anticonceptivos son: la falta de información, vergüenza para comprarlo, no saber cómo usarlo, creer que impide el placer, temor a ser descubiertos(as), creer que hace daño a la salud y las creencias religiosas (5).

Abordajes de investigación cualitativos han explicado algunas razones por las que la población adolescente no utiliza métodos anticonceptivos (6):

- Sentimiento de invulnerabilidad.
- Sentimiento de inseguridad con el método.
- Falta de motivación para su uso.
- Carencia del poder y de la aptitud para negociar su uso.
- Creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios.
- Creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tiene confianza es un irrespeto.
- El deseo de complacer a la pareja.

La edad de iniciación sexual ha ido disminuyendo en todos los países de la región, tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres, a menor escolaridad, más temprana edad de inicio, mientras que en los hombres es lo contrario. En ambos géneros es bajo el conocimiento de la época fértil del ciclo y del uso de condón y otros métodos anticonceptivos modernos, por lo que con frecuencia la primera relación es desprotegida. Hay imaginarios como que “en la primera relación no hay embarazo”, adicionalmente hay creencias arraigadas en el uso de métodos

folkloricos (uso de alka-seltzer con limón, tomar bebidas colas calientes, orinar después de la relación sexual, etc.). Lo anterior afecta la posibilidad de relaciones sexuales seguras, con riesgo de ITS/VIH/Sida y sin la decisión de cuando tener o no descendencia. El uso de condón que es de por sí bajo en la población de la región, también lo es en el grupo de adolescentes, por lo que se debe trabajar más para que el condón sirva realmente como una medida de doble protección al utilizarse adecuadamente y al desmitificar su uso.

Provisión de anticonceptivos en la región

Como se ha mencionado previamente, la principal estrategia para prevenir embarazos no planeados en la población adolescente es la provisión de métodos anticonceptivos modernos. A continuación resumimos el estado de provisión de los mismos en algunos países de la región.

Argentina

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, destinado a toda la población sin discriminación por edad, provee anticonceptivos gratuitos en todo el país (anticonceptivos orales, inyectables, DIU y anticoncepción hormonal de emergencia). No se requiere autorización de los padres para que, a partir de los 14 años de edad, los adolescentes, niños y niñas accedan a la Consejería Integral de Salud Sexual. Tienen derecho a recibir atención y métodos anticonceptivos sin compañía de adultos.

Colombia

No hay restricciones legales para las consultas de menores de edad. En el plan obligatorio de salud se brindan sin costo los siguientes métodos anticonceptivos: minipíldora de levonorgestrel, inyectable trimestral de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), inyectable mensual de mezcla de cipionato de estradiol y AMPD, anovulatorios combinados orales de baja dosis, implantes subdérmicos de levonorgestrel y dispositivo intrauterino (7). De igual forma se brinda anticoncepción de emergencia (DIU, levonorgestrel y régimen de Yuzpe). Lamentablemente los condones no están incluidos como insumo anticonceptivo y sólo se entregan a las parejas en las que una de las personas tiene diagnóstico confirmado de VIH, hepatitis B ó C, e infecciones de transmisión sexual.

A pesar de estas normativas, pareciera que el sistema de salud no brinda adecuada y suficiente información ni acceso a métodos anticonceptivos a la población adolescente (8), pues la tasa de embarazo en este grupo poblacional sigue en franco aumento.

Chile

No hay restricciones para las consultas de menores de edad, pero el personal no está preparado para absorber esta demanda. Sin embargo, en el sector privado de atención no hay problema. Desde los 14 años cumplidos no hay restricciones, pero los menores de 14 años deben ser acompañados por un adulto, pues la ley cambió de 12 a 14 años la edad de consentimiento de

inicio de las relaciones sexuales voluntarias. Antes de esa edad se considera que es un eventual abuso sexual. Desde el 28 de enero de 2010 la ley autoriza la entrega de anticoncepción de emergencia hormonal en cualquier farmacia, pero con receta médica. En el sistema de atención primaria público, que está a cargo de las municipalidades, hay una marcada influencia religiosa y es frecuente que en los consultorios no haya suministros para AE y muchos profesionales no se atreven a prescribirla.

Honduras

El país no produce anticonceptivos localmente. Varios programas en Honduras proveen anticonceptivos al sector público:

- Secretaría de la Salud (S de S): USAID, que actualmente provee hasta el 40% de los productos anticonceptivos de la S de S, dio por terminadas sus donaciones en el 2008. La S de S también ha recibido donaciones intermitentes de anticonceptivos de parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas. En el año 2001, la S de S y la Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA) comenzaron a comprar sus propios anticonceptivos. Ese mismo año la S de S celebró un acuerdo especial con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo con el objeto de comprar suministros médicos, incluyendo anticonceptivos.
- ASHONPLAFA: es una organización no gubernamental afiliada a la Federación Internacional de Paternidad Responsable (IPPF). Recibe donaciones de parte de USAID, además de los productos que compra directamente del IPPF y otros proveedores internacionales.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social: recibe donaciones mínimas de parte de USAID.
- Organización Panamericana de Mercadeo Social: Es una iniciativa apoyada por USAID en Centroamérica, que compra productos directamente de los productores internacionales. El sector privado distribuye anticonceptivos a través de farmacias privadas, comprando productos de diferentes fabricantes internacionales.

El 21 de octubre 2009 se publicó en la Gaceta Oficial, por acuerdo ejecutivo 36-2009 del 29 de junio, que se prohíbe la promoción, uso, venta, compra, distribución, comercialización en todos los medios de la anticoncepción de emergencia.

Anticoncepción de emergencia

Es preocupante que siendo la anticoncepción de emergencia (AE) una herramienta importante para evitar gestaciones no planeadas en adolescentes existan tantas barreras para su acceso en la región. Las barreras van desde las leyes prohibitivas en algunos países hasta el desconocimiento de las opciones de AE entre profesionales de la salud, pasando por el costo.

En la tabla siguiente se puede ver el estado de la disponibilidad en el mercado de AE hormonal.

TABLA NO. 17.
ESTADO DE VENTA DE AE HORMONAL EN LA REGIÓN

PAIS	Existe en el mercado
Argentina	Sí
Bolivia	Sí
Brasil	Sí
Chile	Sí
Costa Rica	No
Colombia	Sí
Ecuador	Sí
El Salvador	Sí
Guatemala	Sí
Panamá	No
Paraguay	Sí
Perú	Sí
Republica Dominicana	Sí
Uruguay	Sí
Venezuela	Sí

Hay países de la región, como Costa Rica, en que no hay normatividad sobre AE, no existen preparados de Levonorgestrel para AE y no se entrega régimen de Yuzpe. En Brasil existen servicios de salud en donde no se entrega la AE, a pesar de las disposiciones de las normativas vigentes, o donde sólo se entrega para casos de violación. En Honduras, luego de la publicación del Acuerdo Ministerial 2744, no se distribuye ni se comercializa la AE. En Perú, luego de la Resolución Ministerial 652-2010 del Ministerio de Salud, no se está distribuyendo AE en el sector público.

En el año 2005 se publicó un estudio sobre AE en proveedores de salud de la región que mostró

grandes brechas en conocimientos, actitudes y prácticas sobre AE entre quienes respondieron la encuesta. Se encontró, por ejemplo, que aunque el 100% de los(as) encuestados(as) estaban de acuerdo con la AE, sólo el 49 % conocía todas las opciones (levonorgestrel, Yuzpe, DIU). Esto afecta de manera directa la provisión de servicios de AE (9).

En un estudio con estudiantes de carreras de la salud (que incluyó mujeres desde los 16 años) se encontró que el 90% conocían la AE y seis de cada 10 la había utilizado alguna vez, 2% la había utilizado hasta 4 veces y 17% había dejado de utilizar su método rutinario para pasarse a AE (10). Estos datos en futuras profesionales de la salud, preocupan por que, en primer lugar, las brechas entre sus conocimientos y prácticas puede afectarlas directamente como usuarias y, en segundo lugar, ubican deficiencias que pueden afectar la asesoría a futuras usuarias.

Teniendo en cuenta las características de la sexualidad en mujeres adolescentes menores de 15 años ya descritas en la primera parte, la anticoncepción de emergencia hormonal debe ser de fácil acceso, gratuita o a bajo costo. Se debe trabajar en difundir su conocimiento entre la población en riesgo de embarazos no planeados y desmitificar en profesionales de salud su verdadero mecanismo de acción y forma de uso, para así eliminar una de las principales barreras.

Anticoncepción post aborto

En la región muchas veces el primer contacto de la adolescente con los servicios de salud es durante la experiencia de un aborto provocado. En República Dominicana, según la percepción de profesionales de medicina y enfermería, entre el 50% y el 80% de los casos de abortos incompletos en adolescentes que llegan a las instituciones de salud, han sido provocados (11). A pesar de esto, no siempre se brinda consejería post aborto a las adolescentes, especialmente si no se tiene implementado un servicio integral de atención post aborto en la institución que la atiende. Por ejemplo, en un estudio colombiano se encontró que en las mujeres que se atendieron con aspiración manual endouterina se brindó consejería en el 99,83% de los casos, mientras que en aquellas atendidas con legrado instrumental tan sólo se brindó en el 57,26% (12). El post aborto es una oportunidad para vincular las adolescentes a programas de Salud Sexual y Reproductiva.

Políticas públicas de juventud en la región

Desde hace poco tiempo los países de nuestra región se preocupan por dar solución a los problemas sociales, de salud y de derechos de los y las adolescentes y jóvenes. En un análisis de las políticas y la legislación vigentes en el tema de adolescentes en nuestra región, realizado en colaboración con la Universidad George Washington (13), se demostró que la mayoría de los países carecen de políticas públicas de juventud. De los 30 países encuestados, ocho refieren tener políticas explícitas de salud adolescente, cinco están en el proceso de diseñarlas y en 17 no existen. La legislación está enfocada a los sectores de educación, trabajo, salud y justicia, en la mayoría de los casos carentes de un enfoque de desarrollo humano. El 75% de los líderes entrevistados considera que la legislación es inadecuada y que está desactualizada.

Varios países han realizado reformas educacionales introduciendo como obligatoria la educación sexual en diversos niveles de enseñanza (Panamá, Colombia, Cuba, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, entre otros). Algunos países han creado Viceministerios o Ministerios de la niñez y la adolescencia (Panamá, Colombia, República Dominicana, entre otros) (13).

Ventiseis países de la región han establecido programas nacionales de salud integral de adolescentes, la mayoría incluidos en otros programas ministeriales (salud materno infantil, salud mental, etc.) y sólo un 40% aproximadamente cuenta con los recursos humanos y financieros para su implementación (13). La calidad de estos programas es en general deficiente, debido, entre otros factores, a que:

- Los y las adolescentes no han sido partícipes de su elaboración.
- Menos del 50% de los países tiene un diagnóstico de situación nacional de los y las adolescentes y 46% de éstos no está actualizado.
- Sólo el 57% tiene normas de atención y sólo el 25% ha realizado alguna forma de seguimiento/evaluación.
- Los programas existentes se han centrado en los ministerios de salud y la intersectorialidad con otros ministerios (educación, justicia, trabajo) es deficiente o nula.
- Se centran en conductas problemáticas (disminución del embarazo, etc.) e intervienen cuando ya los problemas están arraigados. La promoción de salud, la creación de hábitos saludables y de autocuidado y la prevención de enfermedades es escasa o nula.
- En general, se centran sólo en la población adolescente, sin tener en cuenta su entorno: la familia, la comunidad, la escuela.

El brindar educación sexual desde temprana edad tiene resultados positivos en cuanto al retraso del inicio de la vida sexual y la responsabilidad ante la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, aún se confrontan en algunos países de la región resistencias de grupos muy conservadores (13).

Educación sexual

En 1976 Frederic Boix definía la educación sexual como el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima (14). Autores chilenos mencionan que la educación sexual *“es un proceso de permanente aprendizaje de sí mismo y de la vida de relación de un ser humano en las diferentes etapas de su crecimiento y desarrollo”* (21).

La educación sexual y anticonceptiva puede tener un gran impacto en la reducción de embarazos no planeados. En una revisión Cochrane para evaluar los efectos de las intervenciones de prevención primaria (realizadas en la escuela, la comunidad/el hogar, de carácter clínico y de carácter religioso) sobre los embarazos no deseados en adolescentes, se encontró que las intervenciones múltiples (combinación de intervenciones educacionales y anticonceptivas) bajaron la tasa de embarazo no deseado en adolescentes (15).

A pesar de las evidencias a favor de implementar programas de Educación Sexual, hay muchos grupos opositores, por ejemplo en el Plan Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación Nacional Colombiano, cuyos materiales publicados con el título *“Cuadernos de Sexualidad”* y sus materiales audiovisuales de apoyo, han sido definidos por la Conferencia Episcopal Colombiana como *“totalmente ajenos a una ética integralmente humana y ofensivos a la fe y la moral cristiana, que profesa la absoluta mayoría de los colombianos”* (16)

A continuación resumiremos el estado de los proyectos de Educación Sexual en algunos países de la región.

Argentina

La Ley Nacional de Educación Sexual Integral N° 26150 establece la creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) en el ámbito del Ministerio de Educación, que apunta a promover la construcción conjunta con las jurisdicciones de estrategias para el desarrollo e implementación de los lineamientos curriculares de educación sexual integral en sus sistemas educativos (nivel inicial, nivel primario, nivel secundario y formación docente), en consonancia con los lineamientos curriculares federales. Propicia la elaboración de una propuesta nacional de capacitación docente, inicial y continua. Genera los recursos necesarios para la implementación

de acciones de ESI en las instituciones educativas y en las aulas. Facilita la construcción y el fortalecimiento de los ámbitos de trabajo multisectoriales y multifactoriales (educación, salud, derechos humanos, infancia y juventud, etc.) para abordar la educación sexual integral en todas las jurisdicciones. Garantiza acciones de evaluación y monitoreo de las acciones que se vayan realizando en las jurisdicciones

Chile

Hay una política de Educación sexual desde 1993 en el Ministerio de Educación, pero nunca se ha implementado. Hay 5 programas de educación sexual desarrollados por Universidades u ONGs y dos tienen estudio de evaluación de impacto.

Colombia

En 1994 se formaliza oficialmente la Ley de Educación Sexual que establece la obligatoriedad de incluir proyectos pedagógicos de educación sexual en los planes de estudio de todos los centros educativos públicos y privados (17). Para 1998 se definen los lineamientos para la política de salud sexual y reproductiva, que incluyen el derecho a educación sexual y reproductiva desde la infancia y a servicios integrales de salud sexual y reproductiva (SSR). En febrero de 2003 se expide la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que explicita la implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de la población adolescente (18).

Honduras

El primer esfuerzo culminó con unas guías de educación sexual para maestros y maestras de educación secundaria, en cumplimiento al mandato de la Ley especial de VIH, las cuales fueron distribuidas en 2003. Sin embargo, por presiones de grupos religiosos conservadores, el entonces ministro de educación circuló una nota prohibiendo su uso. Un segundo esfuerzo se inició en 2005 y en esta ocasión se elaboraron guías de educación sexual para docentes, para ser incorporadas a lo largo de todo el ciclo de educación básica y pre básica, de manera transversal en cinco materias educativas: Ciencias Sociales, Ciencias Naturales, Español, Matemática y Educación Física. Surgen en el marco del cumplimiento de la Ley de VIH y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en un esfuerzo conjunto de la anterior y actual gestión ministerial de la Secretaría de Educación con el apoyo del Fondo Global y de otras agencias de las Naciones Unidas. Fueron elaboradas y validadas por personal docente e iban a implementarse a través de un proyecto piloto en 70 municipios del país.

En 2006, desde el Congreso Nacional, la presidenta del Comité Pro Vida y diputada del mismo, mociona en contra de las guías de educación sexual a través de la propuesta de creación de un Consejo para la Educación en Sexualidad, responsable de definir los contenidos en esta materia al margen de las disposiciones legales hasta entonces existentes y cuyos participantes debían ser afines a los grupos conservadores religiosos, adscritos todos al Foro Nacional de Convergencia (FONAC). Se inicia entonces un proceso de debate y negociación donde se incorporan docentes, padres y madres de familia, autoridades del Poder Ejecutivo y organizaciones de defensa de los

derechos de las mujeres y de la niñez. Estas guías son revisadas y su implementación iba a iniciarse en julio de 2009, hecho que no fue posible debido a los cambios políticos.

En América Latina existen programas de educación sexual con metodologías y materiales que han resultado exitosos y en los cuales se abordan los temas de la sexualidad, la afectividad y el amor de forma natural. Hay mayor aceptación de los padres, madres y docentes para abordar la temática de la sexualidad y el autocuidado, pero algunos programas mantienen un enfoque muy biológico. Falta mucho por hacer en cuanto a la capacitación adecuada de docentes, padres y madres, para que puedan tener un abordaje adecuado en estos temas (13).

Violencia sexual contra las adolescentes menores de 15 años

En las últimas décadas se ha producido un incremento de todas las formas de violencia en la región, constituyéndose en una de las preocupaciones más graves en materia de salud pública. En 1996, el 28% de las muertes por homicidio ocurrió en adolescentes de entre 10 y 19 años. En 10 países de la región, el homicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de muerte del grupo etáreo de 15 a 24 años. El suicidio es motivo de preocupación, especialmente en Argentina, México, Venezuela, Brasil y Trinidad y Tobago. El homicidio lo es en Colombia, Brasil, México y Panamá. Estimaciones de la OPS indican que entre 4 y 7% del gasto nacional se destina a las víctimas de la violencia. La OMS estima que por cada niño(a) adolescente que muere de algún traumatismo, quedan 15 afectados(as) gravemente y 30 o 40 con secuelas físicas y/o psicológicas. Colombia, El Salvador y Brasil son los países más afectados por la violencia.

Por las condiciones sociopolíticas de la región, las víctimas del involucramiento de los adolescentes en movimientos de guerrillas y las muertes ocurridas por la explosión de minas abandonadas se han convertido en un problema de salud. Por otra parte, ciertos comportamientos y estilos de vida no saludables se inician usualmente en esta época de la vida, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dañinas a corto o largo plazo. El consumo del alcohol ha aumentado desde la década de 1980, el consumo de tabaco en adolescentes entre 15 y 19 años alcanza 57% en Perú y 41% en Cuba, comparado con 28% en Estados Unidos. El consumo de cocaína está aumentando, sobre todo entre adolescentes y jóvenes en condiciones de marginalidad y pobreza. (19)

Dentro de este marco de violencia, la sexual es una de las más críticas. La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud del año 2002 (20) define la violencia sexual como: *“Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito incluidos el hogar y el lugar de trabajo (...) además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas ...”*.

UNICEF, en asocio con el Fondo de Población de Naciones Unidas y el Comité Técnico Central para la Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual plantean definiciones dirigidas insistentemente a los derechos humanos, de esta forma y respectivamente:

“...la violencia sexual es el acto que atenta contra la dignidad y la libertad de una persona mediante el uso de la fuerza física, psíquica o moral, con el propósito de imponer una conducta sexual en contra de su voluntad ...”

“...la violencia sexual es cualquier acto u omisión orientado a vulnerar los derechos sexuales o reproductivos de las personas (...) la violencia sexual es el resultado de los equívocos en que se han fundado las relaciones entre los sexos...”.

Uno a dos de cada 10 mujeres ha sido víctima de violencia sexual de acuerdo al informe mundial de OMS sobre la violencia y la salud del año 2002.

En Latinoamérica y El Caribe las cifras son variables, con base en reportes de países. Perú muestra un 18% de denuncias en menores de 15 años, mientras Chile 79% del total de denuncias en comisarías de menores (21).

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005, el 12% de las mujeres entrevistadas manifestó que su compañero la había violado, y el 6% reportó haber sido forzado a tener relaciones sexuales con personas diferentes a su esposo o compañero (1). Anualmente hay alrededor de 6000 partos en niñas entre los 10 y 14 años de edad, en un país donde legislativamente el embarazo en menores de 14 años se tipifica como violación (22).

La población más vulnerable al abuso sexual es la de adolescentes entre 11 y 16 años y aún existe muy escasa denuncia de estos hechos (23). Las principales víctimas son niñas menores de 14 años y el agresor es un conocido en el 50% de los casos (19). España y EEUU reportan que alrededor del 20 al 25% de las niñas sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años (24). Es bien conocido que la experiencia del abuso sexual puede repercutir negativamente en el desarrollo psicosexual, afectivo social y moral de la adolescente.

Se considera abuso sexual cualquier actividad sexual impuesta, motivada consciente o inconscientemente en el abusador, quien ejerce poder físico o psíquico sobre la víctima, la que por su edad no siempre está en condiciones de comprender lo inadecuado de esta actividad (25).

En un estudio Peruano de Ana María Castañeda Chang, realizado en el Servicio de Psicología-Ginecología del Instituto Especializado de Salud del Niño (Perú) con las niñas que son llevadas por sus familiares en busca de ayuda psicológica, el 46.2% de las menores abusadas sexualmente eran adolescentes entre los 10 y 13 años de edad (26).

El doctor Ramiro Molina resume los hallazgos de varios estudios consolidando los riesgos más significativos asociados al abuso sexual, así, a menor edad de inicio de relaciones sexuales y menor uso de anticonceptivos, mayor tasa de embarazos, mayor riesgo de repetir abuso sexual en la adolescencia o adultez y mayor riesgo de sexo inseguro, lo que aumenta riesgo de ITS, VIH/Sida e infertilidad y mayor daño en la salud mental por causa del abuso crónico. Igualmente, anota como único factor predictivo asociado a mayor riesgo de abuso sexual el antecedente de padres con alcoholismo y la convivencia con parientes (21).

A continuación algunos datos estadísticos de países de la región: En Bolivia el 33 % de los casos reportados de violencia física y sexual fue en mujeres menores de 14 años (27).

En Chile, el 88,27% de los abusos sexuales atendidos en el Servicio Médico Legal fue hacia niñas entre 0 y 14 años. Asimismo, el 17,62% de los casos correspondió a adolescentes entre 15 y 19 años. Con relación a las violaciones el 55,51% de las víctimas atendidas en el Servicio Médico Legal estuvo constituido por niñas entre 0 y 14 años.

En Honduras, para el 2008 se reportaron 1241 casos de abuso sexual y 1026 de violación en menores de 15 años.

Con respecto a la edad en que se experimentó violencia sexual por primera vez en República Dominicana, en el 17.3% de los casos ocurrió en menores de 10 años y en el 21.6% entre los 10 a 14 años.

El embarazo no deseado como consecuencia de la violencia sexual

Hasta el 90% de los embarazos de adolescentes menores de 14 años son producto de violación. En un estudio peruano se encontró que el 90% de las madres de 12 a 16 años de edad habían quedado embarazadas como consecuencia de violación (28). En Costa Rica una organización que trabaja con madres adolescentes informó que el 95% de las adolescentes embarazadas menores de 15 años eran víctimas de incesto. En México se estima que el 50% de las violaciones se cometen contra niñas y adolescentes. El promedio de edad en que adolescentes colombianas sufren una violación es de 14 años.

Según Holmes, el 5 % de las violaciones terminan en gestación y en donde está legalizado el aborto, la mitad de estas mujeres abortarán, 38 % seguirán con su embarazo (de éstas 6 % optarán por la adopción), y 12 % abortarán espontáneamente (29).

En Chile se encontró entre adolescentes embarazadas que en el 12% de los casos el origen de la gestación fue una violación (21).

La falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes crea barreras en el sistema judicial y entre el personal de salud para denunciar estos actos de violencia.

Acceso al aborto legal de mujeres embarazadas como producto de violación

“... cualquier violación en contra de la libertad y voluntad de la mujer, atentatoria de su libertad sexual, sería inconstitucional. Es así como , en aquellos eventos donde la libertad de la mujer se vea violentada, donde la voluntad de la mujer no haya participado para la procreación, donde la mujer no haya otorgado su consentimiento para reproducirse; no cabe la menor duda, que dichos actos gravemente atentatorios de la libertad en cabeza de la mujer no pueden otorgar una prevalencia a la vida del ser que está por nacer , producto de una acto inmensamente violatorio de la libertad de la mujer.....” ...” la libertad de la mujer que ha sido vulnerada, en detrimento de la vida del que está por nacer fruto de ese grave atentado contra la esencia propia del la persona humana como es la libertad...” “...En consecuencia, en aquellos eventos donde la interrupción del embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto

sexual sin consentimiento , abusivo , o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas , o de incesto, no puede ser reprochado penalmente por cuanto se atentó de manera grave e inmensa contra la libertad de la mujer , derecho esencial en un Estado Democrático , y específicamente contra la voluntad de la mujer de reproducirse, derecho este inherente y básico en la mujer por cuanto es el único ser capaz de traer al mundo a otro ser.”

Las anteriores frases se transcriben de la Sentencia C-355 de 2006 que en Colombia permitió interrumpir embarazos legalmente cuando estos sean resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (30).

Los magistrados de la corte constitucional colombiana hacen un extenso recuento de los derechos sexuales y reproductivos al tomar una decisión legislativa que cambió el rumbo del país y ha servido de ejemplo para otros países de la región.

Hagamos un recuento del estado al acceso legal para abortar en mujeres víctimas de violación por países.

Argentina

El Código Penal Argentino contempla en su art. 86 cuatro situaciones de aborto no punible que incluyen riesgo para la salud y para la vida de la madre, violación y atentado al pudor sobre mujer con discapacidad mental. Sin embargo el acceso al aborto no punible es muy restringido debido a que se suele interpretar restrictivamente el Código Penal, a la vez que existen innumerables obstáculos institucionales, personales y políticos para el cumplimiento de los abortos no punibles. Las causales de aborto legal definidas en el art. 86 del Código Penal aplican a la población de todas las edades. Sin embargo, como ya se señaló, el acceso al aborto no punible es dificultoso. Cabe señalar que existe jurisprudencia que enfatiza en la improcedencia de la solicitud de autorización judicial por parte de las instituciones de salud para proceder en estos casos. Asimismo, en los últimos años fueron varios los fallos judiciales que sustentaron el derecho a la interrupción del embarazo de adolescentes violadas.

Chile

Chile es uno de los cinco países del mundo en que el aborto está penalizado en forma total y absoluta. No está aceptado el aborto, incluyendo las causas de indicación médica reconocidas internacionalmente. Esto se encuentra en el artículo 119 del Código de derecho Sanitario que fue reformado en septiembre de 1989, por la Junta Militar, antes de abandonar el gobierno.

Colombia

Desde mayo de 2006, cuando el embarazo es resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial, o de transferencia de óvulo fecundado no consentida, o de incesto, se puede solicitar su interrupción

voluntaria y basta con que se exhiba al profesional de medicina copia de la denuncia, por cuanto, debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mujer que denunció tal hecho. Los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) están disponibles en el territorio nacional para todas las mujeres, independientemente de su afiliación al sistema general de seguridad social en salud y en todos los niveles de atención (30).

Honduras

El aborto no es permitido por la ley en ningún caso. Sin embargo, el Código de Ética Médica de Honduras permite practicar el aborto para salvar la vida de la madre, pero se requiere la consulta de un médico o grupo de médicos para obtener un aborto legal, así como el consentimiento de la mujer, de su esposo o pariente más cercano. Según el Código Penal, quien intencionalmente cause un aborto será castigado: 1) Con tres (3) a seis (6) años de reclusión si la mujer lo hubiese consentido; 2) Con seis (6) a ocho (8) años de reclusión si el agente obra sin el consentimiento de la madre y sin emplear violencia o intimidación; y, 3) Con ocho (8) a diez (10) años de reclusión si el agente emplea violencia, intimidación o engaño. Se impondrán las penas señaladas en el artículo anterior y la de multa de quince mil (L. 15,000.00) a treinta mil Lempiras (L. 30,000.00) al médico que, abusando de su profesión, causa o coopera en el aborto. Las mismas sanciones se aplicarán a los practicantes de medicina, paramédicos, enfermeros, parteras o comadronas que cometan o participen en la comisión del aborto. La mujer que produzca su aborto o consienta que otra persona se lo cause, será sancionada con reclusión de tres (3) a seis (6) años. Quien por actos de violencia ocasiona el aborto sin el propósito de causarlo, constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con reclusión de cuatro (4) a seis (6) años.

República Dominicana

Se penaliza cualquier tipo de aborto, de acuerdo al Código Penal vigente.

En resumen la situación legal del aborto de la región es:

Sin restricción

- Cuba
- México, DF (no así el resto del país)

Se permite en peligro de la vida y/o salud de la mujer y otros

- Argentina
- Bolivia
- Colombia
- Panamá
- Perú
- Uruguay

Para salvar la vida de la mujer

- Costa Rica
- Guatemala
- Venezuela

Bajo ninguna condición

- El Salvador
- Honduras (estado de necesidad)
- Nicaragua
- Chile
- Republica Dominicana

Prevención de la violencia sexual

En un alto porcentaje de casos de violencia sexual en la región, los victimarios son individuos conocidos que comparten a menudo con las niñas y adolescentes abusadas.

Uno de los Cuadernos de Sexualidad de Colombia, realizados por el Ministerio de Educación Nacional (17) para su proyecto de educación sexual, ofrece una serie de recomendaciones para prevenir el abuso sexual:

- Reforzar en las niñas y las adolescentes la necesidad y el derecho de diálogo que tienen consigo mismas y con las demás personas, es decir, expresar lo que piensan y sienten y oír lo que la otra persona piensa y siente. Esto es una contribución importante para crear un clima de confianza en la familia y particularmente en sus padres.
- Inducir en ellas la convicción de que: “Mi cuerpo es mío y yo decido sobre él”. “Nadie tiene derecho a decidir sobre lo que hago con mi cuerpo”. “Mi sexualidad es valiosa y mía; debo cuidarla y no debo compartirla si no es por mi propia voluntad”. “Puedo y debo decir NO cuando quiero decirlo”. Reforzar el derecho y la posibilidad de expresarlo, permite que niñas y adolescentes tengan cierta capacidad de autodefenderse contra el abuso sexual.
- Las madres y padres, la familia en general, deben ofrecerles a las hijas instrucciones específicas para que no acepten regalos o invitaciones de desconocidos o aún de conocidos que esperan algo como compensación a su gesto.
- Las niñas y adolescentes tienen que estar completamente convencidas de que cuentan con sus familiares, maestras y maestros con quienes pueden hablar al respecto, antes o después que el abuso haya tenido lugar. Esto ayudará a prevenir o superar el trauma.
- El diálogo que se sostenga al respecto, debe ser llevado con cariño, respeto y serenidad, evitando aterrorizar a las menores (hasta el punto de que lleguen a temer o sospechar de cualquier expresión física o verbal de cariño o admiración). Lo importante es reforzar su derecho y seguridad.

En el enfoque integral de la situación de abuso sexual se debe tener en cuenta a la víctima y al victimario, el rol tanto del sistema escolar como de la familia, así como de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

La familia tiene un papel preponderante en el desarrollo psicológico de la niña y adolescente y cuando el abuso se da por el padre, la adolescente tiene un gran conflicto al ver transgredidos los valores éticos, por el supuesto garante de los mismos.

El colegio es usualmente el sitio donde se establecen relaciones cercanas con compañeros(as) y docentes. Si allí se da información sobre abuso sexual, es posible que la niña pueda identificar y evitar situaciones de riesgo en ese ámbito. Pero es allí donde muchas veces se da el abuso por compañeros, docentes y demás personal de las instituciones, lo que conlleva un gran impacto psicológico al ver transformado un medio protector en un medio agresor.

El sistema judicial interviene luego de haber recibido la denuncia del abuso, iniciando acciones dirigidas contra el potencial abusador, o medidas de protección hacia la víctima, las que pueden ser solicitadas por los familiares o los profesionales, a fin de evitar que el abuso continúe.

Referencias

1. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm
2. Gómez P.I. Anticoncepción. Pasado, Presente y Futuro. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia, 2010
3. Gogna, M. et al. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES, 2005.
4. Menkes C., Suárez L. "Sexualidad y embarazo en adolescentes en México". En: Papeles de Población, 2003; 35: 233-262.
5. Orellana Marín A. Comportamientos Sexuales y Conocimientos Sobre Anticoncepción en Adolescentes Estudiantes del 5to de Secundaria en Cuatro Instituciones Educativas Estatales de los Distritos Los Olivos y San Martín de Porres, Perú. 2001
6. Vargas, E. et al. "Influencia de los programas de televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes". Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO), N° 82. Bogotá: Universidad de los Andes. Facultad de Ciencias Sociales, 2004
7. República de Colombia. Acuerdo 380 de 2007.
8. Flórez CE, Soto VE. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y El Caribe. Reunión de expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y El Caribe. Santiago: CELADE/ UNFPA, 2006
9. Gómez P.I., Gaitán H. DIU como "Anticonceptivo de Emergencia: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Proveedores de Salud Latinoamericanos. Encuesta". En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 55(4): 261-266.
10. Gómez P.I. "Anticoncepción de emergencia hormonal. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre en mujeres estudiantes universitarias. Estudio de corte transversal. Colombia 2008". En: Rev. Col Enfermería. 2010; 5(5): 10-14.
11. Engenderhealth y Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Los Servicios Postaborto en las Adolescentes de la República Dominicana. Santo Domingo: Cesdem, 2002. Disponible en: http://www.cesdem.com/html/los_servicios_de_post_aborto_para_las_adolescentes_de_la_rep_dom.pdf
12. Gómez P.I., Escandón I., Gaitán H. "Evaluación de la atención integral al posaborto, en 13 hospitales de Colombia 1999-2002". En: Public Health Journal. 2007; 9(1): 241-252
13. Rodríguez R., Russel, J.S. The Legislative and Policy Environment for Adolescents Health in Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.: PAHO, 1999.
14. Frederic B. De la represión a la psicopedagogía sexual. Barcelona: Ed. Nova Terra. Colección Noves Actituds, 1976: 116
15. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J. "Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes" (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009, Issue 4, Art no. CD005215. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

16. Conferencia Episcopal de Colombia. Comunicado del Presidente de la Conferencia Episcopal de Colombia sobre algunos aspectos de la educación sexual, 10 de septiembre de 1997. Mons. Alberto Giraldo Jaramillo.
17. República de Colombia. Ley 115 de 1994
18. República de Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003. Consultada el 12 de septiembre de 2010 en: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articulos-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf
19. Andino N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes. Primera sesión de la comisión internacional por los derechos de la juventud y la adolescencia, Sao Paulo, Brasil, 1999.
20. OMS. Informe Mundial sobre la violencia y salud. Washington D.C.: OMS, 2002
21. Molina M., Sandoval J., González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago: Ed. Mediterráneo, 2003.
22. DANE. Estadísticas vitales. Colombia. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>
23. World Health Organization. Integrated Multisectorial Approach to Child Abuse Prevention. Washington: WHO, 2000
24. Elliot, B. Abuso infantil. Valencia: Universidad de Valencia. Facultad de Filosofía y Ciencia de la Educación, 1997
25. Almonte C., Insunza C., Ruiz C. "Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos". En: Rev. Chil. neuro-psiquiatr. 2002; 40(1)
26. Castañeda Chang A.M. y cols. Niñas y adolescentes con historia de abuso sexual infantil. Perú 2003. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art45001. Consultado el día 9 de septiembre de 2009.
27. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Disponible en: <http://www.ine.gov.bo/default.aspx>. Consultado el 12 de septiembre de 2010
28. UNFPA. Programme Advisory Note Number 6: Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence: Policy and Programme Implications. 1998
29. Holmes M.M., Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Best C.L. "Rape related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women". En: Am J Obstet Gynecol 1996; 175:320-324
30. República de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Los aspectos clínicos del embarazo en menores de 15 años corresponden a una situación en extremo compleja. Es un embarazo en la niñez, en un mundo donde la fecundidad ha tenido un franco descenso y en el cual su existencia se presenta con las características de inequidad entre los seres humanos. No sólo es una situación sanitaria de por sí, intrínsecamente grave, sino que es un fenómeno social de tal seriedad que es inaceptable por definición. Es por ello que las organizaciones nacionales e Internacionales le han dado el máximo de la importancia por ser un problema emergente de Salud Pública.
- Aún en muchos países de la región este tema aparentemente no existe, pues no es conocido. La información es deficiente, no está disponible o es muy difícil de obtener. Es más, en muchas situaciones la existencia de embarazos en esta edad tiene un contenido político negativo. En otras ocasiones la información lograda por encuestas o estudios parciales no pasa de ser un reporte de casos raros o poco frecuentes que los tomadores de decisiones no consideran de prioridad por su baja frecuencia y falta de impacto masivo en salud y quedan como hechos aislados que no son prioritarios para la Salud Pública. Por lo menos son situaciones centinelas que avisan en forma directa que hay problemas más graves no resueltos y que cuando ocurren, muchas de las barreras de control, de promoción de la salud, prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno, han fallado. El embarazo en niñas menores de 15 años es una de esas situaciones que pone en jaque a toda la sociedad.
- No cabe la menor duda de que la prevalencia del fenómeno se mantiene y en algunos países tiene clara tendencia al aumento. Son muy pocos aquellos en los cuales se observa un descenso.
- El impacto en morbilidad y mortalidad de estas madres-niñas es muy alto. Constituyen un grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal por definición. No es necesario buscar patologías agregadas u otras condiciones. Un embarazo en una niña de 14 años o menos es una situación de alta gravedad que debe ser enfrentada con todas las herramientas de la especialidad y de las medidas sanitarias para un grupo preferencial de atención en salud.
- El impacto que existe en los hijos (as) de estas madres adolescentes y la suerte que siguen después de haber sobrevivido al evento embarazo y parto es muy impredecible e incierto. Son a su vez seres humanos de gran dependencia y sus alternativas de sobrevivencia hasta los 5 años son un azar. Todo el conjunto de la reproducción humana, que exige la mayor madurez y equilibrio de los progenitores, no se da cuando ocurre en una madre niña de 14 años o menos. Es más, la situación se mantiene por mucho tiempo y afecta a todo el desarrollo del ser humano. Los impactos en lo afectivo, social y psicológico, llevan

a repetir el proceso en la siguiente generación, como parte de la cultura de la comunidad que precede, rodea y sigue al nacimiento de un ser humano hijo/a de una madre-niña.

- Las evidencias son muy sólidas para ignorar el problema, y por lo tanto, lo que se debe hacer es aplicar todas las medidas para prevenir estas situaciones como parte de las políticas públicas y sociales de un Estado. Estas serán básicamente en el área de la Educación, Salud y Bienestar Social incluyendo lo relacionado con la mujer y la juventud.
- Los programas de educación sexual son indispensables y muy relacionados con la salud, especialmente en las regiones con alta prevalencia de embarazo en menores de 15 años.

Recomendaciones

- Es indispensable que los registros de la información bio-demográfica relacionada con la fecundidad y morbilidad, mortalidad materna y perinatal, morbilidad y mortalidad infantil y del escolar como su desarrollo, en las madres de 14 años y menos sea considerada como un problema de alta vulnerabilidad en el control y seguimiento.
- Es recomendable que se generen indicadores centinelas derivados de la fecundidad y maternidad de mujeres de 14 años y menos, pues su existencia es una medida de control del funcionamiento de otros programas y de los resultados de éxito en programas en salud.
- Es indispensable tener servicios especializados para Atención de Adolescentes que faciliten la prevención del embarazo en las menores de 15 años y en general en las adolescentes. Estos servicios especializados deben contar con personal entrenado en atención primaria, donde se previenen los embarazos inesperados en esta edad. Detectan y resuelven los eventos más importantes relacionados con el embarazo, puerperio y cuidados del recién nacido. El parto en las menores de 15 años debe ser institucionalizado y atendido por profesionales.
- Los programas de salud infantil para los(as) hijos(as) de las madres - niñas deben ser prioritarios y preferenciales.
- Hay que seguir trabajando para intensificar en la región la educación sexual participativa que involucre a la población joven, a la familia y a los establecimientos educativos.
- Realizar programas de intervención en sexualidad centrados en la familia, y además en los centros educativos, establecimientos de salud y organizaciones comunitarias, que permitan motivar a los jóvenes a participar en la solución de problemas de salud sexual y reproductiva y fomentar la comunicación afectiva en la familia.

- Procurar acceso libre e informado a anticoncepción moderna (incluyendo anticoncepción de emergencia), derrumbar las barreras que impiden el acceso de la población adolescente a ejercer libre y responsablemente sus derechos sexuales y reproductivos.
- Elaborar estrategias cognitivo-conductuales que permitan agilizar y asegurar los cambios de comportamientos sexuales y resuelvan las disonancias entre lo que se piensa y lo que se hace.
- Comprometer y sensibilizar a los medios de comunicación masiva, fundamentalmente a la TV, radio y periódicos para fomentar aspectos educativos que permitan: sensibilización social, fortalecimiento de recursos personales (habilidades sociales, autoestima), y el desarrollo de actitudes favorables hacia la equidad de género.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

www.flasog.org

ISBN: 978-612-45897-6-8



FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG
COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS