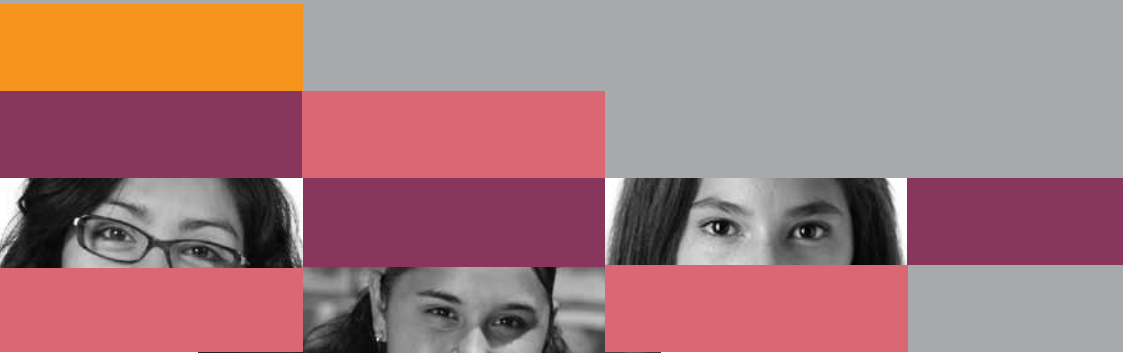


FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)



FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS



EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE





INTRODUCCIÓN



De acuerdo a recientes reportes de la OMS, en el mundo hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. El 10% de los partos acontece en adolescentes y 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. CEPAL estima que la maternidad adolescente en América Latina y Caribe, está por encima del 20% y guarda estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano. Muchos de los embarazos en niñas menores de 15 años son producto de una violación sexual intrafamiliar con severas repercusiones materno fetales y serios impactos psicosociales en el desarrollo de la madre y la prole.

El embarazo en adolescentes muy jóvenes, comúnmente asociado a violencia sexual, es un grave problema de salud pública, con importantes secuelas de todo orden. Sin embargo, no ha recibido suficiente atención, por lo cual el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, con la cooperación de UNFPA/LACRO, ha querido ofrecer a los profesionales interesados en este tema, un resumen de la publicación aparecida recientemente con información actualizada de la región.

METODOLOGÍA

Se hizo 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 buscó 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.

La información procesada se presenta en tres secciones: la primera examina 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.



CONDICIONANTES ECONÓMICO SOCIALES Y VULNERABILIDAD DE LAS ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS A LA VIOLENCIA SEXUAL Y AL EMBARAZO NO DESEADO/NO PLANEADO

La adolescencia abarca entre los 10 y los 19 años. Se considera adolescencia temprana al periodo de 10 a 13 años; adolescencia media, de 14 a 16; y tardía, de 17 a 19. Actualmente hay 1.300 millones de adolescentes en el mundo, la mayor generación adolescente registrada en la historia. En los últimos 200 años la edad de inicio de la pubertad descendió cerca de tres años. Si bien para la mayoría se da entre los 10 y los 14, actualmente puede ocurrir a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños. Las y los adolescentes cada vez comparten más tiempo con sus pares, se preocupan por ser aceptados e insertarse en la cultura juvenil popular y se sienten atraídos física y emocionalmente hacia otros. 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.

CEPAL reporta que la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Para muchas adolescentes pobres un/a hijo/a, representa: el objeto de su afecto, pasaje a la adultez, posición social más respetable y mayor tolerancia social y familiar. En otras oportunidades el embarazo es un intento para escapar de situaciones conflictivas en el hogar. La maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral, provocando la reproducción intergeneracional de la pobreza y la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad.

En América Latina se observa una tendencia creciente de la fecundidad en menores de 15 años. Es un tema muy preocupante, pero no se tiene registros que permitan dar cuenta de su magnitud en todos los países de la región.

Entre las condicionantes sociales del embarazo en menores de 15 años cabe destacar el inicio temprano de las relaciones sexuales, la creciente “erotización” y liberación sexual de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual, la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad, que se traduce en deficiencias en la entrega de anticonceptivos; el abuso sexual y las agresiones sexuales.





ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO INFANTIL

Durante el embarazo de las menores de 15 años, las patologías más frecuentes son la anemia, la infección urinaria que contribuye al parto prematuro, la preeclampsia-eclampsia que condiciona el menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal. No se ha comprobado una mayor frecuencia de malformaciones fetales. Las causas más importantes de los egresos hospitalarios de estas niñas son: parto único espontáneo o por cesárea, hemorragias del posparto, infecciones y sepsis post parto y complicaciones del aborto.

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años y de 20 y más años. Las razones de mortalidad materna en las madres–niñas de 14 años y menos, son el doble y hasta el triple de las que se presentan en madres adolescentes de 15 a 19 años. En las menores de 15 años la causa más importante se relaciona con el 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 en la detección precoz de una patología mal tratada o simplemente no tratada en el período prenatal. La tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta, con las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato.

La mortalidad infantil, neonatal y fetal tardía es muy superior en los hijos de madres menores de 15 años. Igualmente el peso y la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes es significativamente menor cuando se compara con las otras gestantes.

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

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

- ***Educación sexual integrada al sistema educacional y en la comunidad*** donde la cobertura de escolaridad sea baja.
- ***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.
- ***Difusión a través de medios masivos de programas de educación sexual*** y de los servicios amigables para adolescentes.
- ***Fortalecimiento de la capacitación del personal de salud*** en la atención de adolescentes en salud sexual y reproductiva integral.

El aborto en adolescentes en las menores de 15 años reviste consecuencias trágicas y aunque no se dispone de suficiente información, este problema de salud pública está muy vinculado a factores de riesgo, como son: primera relación sexual antes de los 12 a 14 años, primer embarazo entre 13 y 15 años, escolaridad básica, condición obrera o trabajadora del hogar, vivienda precaria o familia sin religión.

Prevención de la violencia sexual. Dado que una gran proporción de embarazos en adolescentes está vinculada a la violencia sexual, su prevención requiere una atención especial, por lo que se debe empezar preparando a la niña dentro de la familia, generando diálogo con las demás personas y contribuyendo a producir un clima de confianza y seguridad. Inducir en ellas la convicción de que: “mi cuerpo es mío y yo

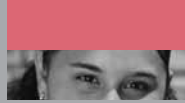


decido sobre él”. “Nadie tiene derecho a decidir sobre lo que hago con mi cuerpo”. “Mi sexualidad es valiosa y mía; debo cuidarla y no debo compartirla si no es por mi propia voluntad”. “Puedo y debo decir NO cuando quiero decirlo”. Reforzar el derecho y la posibilidad de expresarlo, permite que niñas y adolescentes tengan cierta capacidad de autodefenderse contra el abuso sexual. Las madres y padres, la familia en general, deben ofrecer a las hijas instrucciones específicas para que no acepten regalos o invitaciones de desconocidos o aun 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, 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.

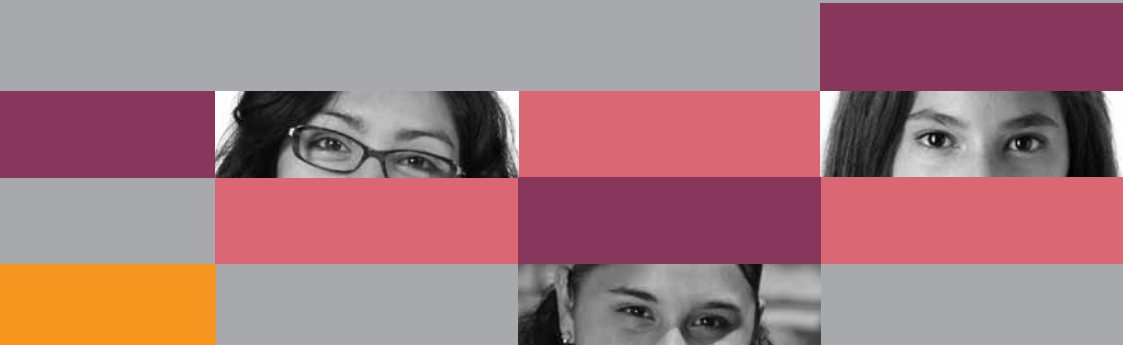
Políticas públicas de juventud en la región. La mayoría de los países carecen de políticas públicas de juventud. De 30 países encuestados, 8 tienen políticas explícitas de salud adolescente, 5 están en proceso de diseñarlas y en 17 no existen. El 75% de los líderes entrevistados considera que la legislación es inadecuada y está desactualizada. La educación sexual es obligatoria en diversos niveles de enseñanza en Panamá, Colombia, Cuba, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador y Chile, entre otros. Algunos países han creado vice-ministerios o ministerios de la niñez y la adolescencia: Panamá, Colombia y República Dominicana, entre otros. 26 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.). Solo 40% cuenta con recursos humanos y financieros para su implementación. La calidad de estos programas generalmente es deficiente.

RECOMENDACIONES

- Contar con registros de la información bio-demográfica de las madres menores de 15 años, relacionados con la fecundidad y morbilidad, mortalidad materna y perinatal, morbilidad y mortalidad infantil y del escolar así como de su desarrollo.
- Generar indicadores centinelas derivados de la fecundidad y maternidad de mujeres de 14 años y menos.
- Implementar servicios especializados para atención de adolescentes que faciliten la prevención del embarazo en las menores de 15 años y en general en las y los adolescentes. Se debe contar con personal entrenado en la atención primaria capaz de prevenir los embarazos inesperados en esta edad, y detectar y resolver 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.
- Priorizar los programas de salud infantil para los hijos e hijas de las madres-niñas.
- Intensificar la educación sexual participativa que involucre a la población joven, familia y escuelas.



- Realizar programas de intervención en sexualidad centrados en la familia, escuela, establecimientos de salud y organizaciones comunitarias, que motiven a los jóvenes a participar en la solución de problemas de salud sexual y reproductiva y fomenten 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 al ejercicio libre y responsable de 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 televisión, radio y periódicos para fomentar los aspectos educativos.



FLASOG

COMITÉ DE
DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

