

## ¿Niñas o adultas? La invisibilización de las adolescentes en el proceso de atención de salud de gestación y parto.

Girls or adults? The invisibility of adolescents in the process of health care of pregnancy and childbirth.

Alexandra Obach<sup>1</sup>  
Michelle Sadler<sup>2</sup>

**S**i bien el embarazo en la adolescencia se encuentra en descenso a nivel mundial, aún compromete al 11% de los nacimientos a nivel mundial (WHO 2014), siendo un tema central de la salud pública internacional dadas sus profundas consecuencias a nivel individual, comunitario y social (Cherry 2013, Norris, 2012). El embarazo en la adolescencia conlleva una serie de consecuencias negativas, especialmente para las mujeres, entre ellas la reproducción de la pobreza e inequidades de género (Palma 2012, Conosur 2017). En Chile, en las últimas décadas, el país ha presentado una disminución tanto en la tasa de fecundidad global como en la específica de adolescentes. La tasa de fecundidad en adolescentes entre los periodos 1990-1995 y 2010-2015 disminuyó de 63.6 a 49.3 por 1000 nacidos vivos. Esto sitúa a Chile en el periodo 2010-2015 ligeramente por sobre el promedio mundial (46.2 por 1000) y muy por debajo del promedio regional de América Latina y el Caribe (66.5 por mil) (Rodríguez 2017). A pesar de estas cifras alentadoras para el país, el embarazo en la adolescencia continúa presentando importantes inequidades sociales, concentrándose en los estratos socioeconómicos bajos (Minsal 2013, Palma 2012, Rodríguez 2017). En el año 2013, las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de los quintiles más bajos tenían hasta 6 veces más probabilidades de convertirse en madres que aquellas del quintil más alto (Rodríguez

2017). Junto con lo anterior, han aumentado las brechas en inicio sexual y uso de anticonceptivos en la primera relación entre los segmentos más altos y más bajos: se ha mantenido estable el porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente de los estratos más altos mientras en los más bajos ha ido en aumento; el porcentaje de uso de anticonceptivos ha aumentado en el estrato más alto mientras que en el más bajo se ha mantenido prácticamente igual (Rodríguez 2017). Todo lo anterior lleva a que el embarazo en la adolescencia constituya una de las actuales causas de generación y transmisión de la pobreza, reproduciendo con ello las inequidades sociales en el país. Además, es una problemática que exacerba las desigualdades en las relaciones de género, acrecentando la vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y jóvenes (Sadler 2011, Olavarría 2012). Un estudio realizado en el país da cuenta del impacto de este fenómeno en la educación de las madres adolescentes, quienes tienden a no terminar la escuela, acceden menos a educación superior, y tienen 0.45 años menos de educación en comparación con una hermana que no fue madre durante la adolescencia (Berthelon 2017).

En el marco de la situación del embarazo adolescente en el país emerge una preocupación especial por los embarazos en la adolescencia temprana (10-14 años) donde la cifra es de alrededor de 0,4% por mil (Conosur 2017). A diferencia de lo que sucede con la tasa de fecundidad en

Recibido el 11 de julio de 2019. Aceptado el 10 de diciembre de 2019

1 Antropóloga Social, PhD. Académica Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correspondencia a: aobach@udd.cl

2 Antropóloga Social, MSc. Académica Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez.

edad adulta, en este tramo no han tendido a disminuir, sino que se han mantenido en el tiempo (Dides 2016). Junto con esto, aparece una señal de alerta respecto a lo que la literatura médica ha identificado como re-embarazo en la población adolescente, es decir, el número de mujeres adolescentes que presentan un segundo o tercer hijo nacido antes de superar la adolescencia. En un estudio realizado en el contexto del Hospital Padre Hurtado, de la red de atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, se demostró que, cuando una adolescente menor de 15 años se embaraza por primera vez, tiene 2.25% veces mayor probabilidad de volver a embarazarse durante su adolescencia que si su primer embarazo hubiese sido entre los 15-19 años (Rosas 2017).

En las últimas décadas el Ministerio de Salud de Chile ha llevado a cabo diversas estrategias con el objetivo brindar atención en salud diferenciada para adolescentes y jóvenes, y para la prevención el embarazo adolescente. En este marco, en el año 2008 se implementaron los primeros 54 Espacios Amigables en atención primaria como respuesta frente a la necesidad de atención de salud diferenciada para adolescentes entre 10 y 19 años de edad (Minsal 2008). Esta iniciativa se llevó a cabo como parte del quehacer del Programa de Atención Integral para Adolescentes y Jóvenes, y en el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), creado en el año 2007 (Ministerio de salud público 2017). Para el año 2017, el número de Espacios Amigables en el país aumentó a 264 (Minsal 2017, 2019). La iniciativa de los Espacios Amigables se focaliza en el acceso a salud para adolescentes y jóvenes y están basados en un modelo promocional y preventivo de salud, con especial atención en la salud sexual y reproductiva, y en la prevención del embarazo adolescente (Minsal 2008). Estos esfuerzos se han desplegado en un contexto nacional marcado por un conservadurismo donde los esfuerzos por implementar servicios de SSR para adolescentes, así como educación sexual, se han visto obstaculizados por una cultura que tiende a negar la sexualidad de los(as) adolescentes, generando con ello una brecha respecto a sus necesidades reales en los ámbitos de sexualidad (Obach 2017).

Pero, ¿qué sucede cuando las adolescentes se embarazan? Existe un vacío de reconocimiento de la especificidad de la adolescencia en la red de atención de salud una vez que las adolescentes se embarazan, ya que pasan a ser concebidas como adultas gestantes. Es en este sentido que

UNICEF plantea que, en la atención de la gestación, las adolescentes suelen ser tratados como un embarazo más, desde una mirada predominantemente biomédica y sin especificidad etaria (Unicef 2017). En nuestro país, en Atención Primaria, las gestantes adolescentes comienzan su control de embarazo al igual que las adultas, con solo algunas consideraciones de riesgo atribuidas a su condición etaria. Cabe destacar que existen pocos estudios que ahonden en esta realidad, lo que impide comprender la manera en que el sistema de salud, particularmente el nivel hospitalario, construye al sujeto adolescente, y las repercusiones clínicas, sociales y culturales que dicha construcción tiene sobre ellos/as (Obach 2017). Hasta los 15 años, la población adolescente es atendida en hospitales pediátricos, cuyo foco de atención son los/as niños/as, y han desarrollado una línea específica de atención de salud para dicha población. Pero a los 15 años los/as adolescentes ingresan a los hospitales de adultos y pierden cualquier especificidad etaria en la atención (Obach 2017). En este marco, hay una ausencia de la visión propia de los/as adolescentes quienes son conceptualizados como niños/as en el sistema pediátrico y como adultos/as en la red de atención de la adultez. Esta situación contradice los principios establecidos en la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, la cual afirma que los/as adolescentes deberían estar involucrados en las decisiones en torno a su salud de acuerdo a su capacidad de entendimiento y de participación (Ullan 2010, Sawyer 2014). Esto ha desembocado en la invisibilización de las necesidades de salud de este grupo en los contextos hospitalarios, las cuales son específicas y muy relevantes para el desarrollo de políticas de salud dirigidas a este grupo. De hecho, se sostiene que muchos aspectos de la atención de salud a adolescentes no tienen paralelo en los servicios de salud de adultos, y que es prioritario dar cabida a la especificidad en torno a las necesidades de este grupo (Sawyer 2014). Junto con lo anterior, diversos autores también mencionan la escasa capacitación del personal de salud respecto a las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes (Sadler 2011, Unicef 2017, Gaete 2011).

Si bien existen países como EEUU, de Europa y algunos de América Latina que cuentan con unidades hospitalarias para la atención al adolescente desde hace varias décadas (Villamil 2005), en Chile ésta es una realidad aún incipiente. Cabe destacar algunas experiencias tanto a nivel público como

privado de instituciones que se han hecho cargo de esta necesidad emergente, pero, en términos generales, la realidad de adolescentes con respecto a la atención a nivel hospitalario sigue siendo un territorio de nadie, incluyendo la atención de gestación, parto y puerperio. Esta ausencia de la especificidad de adolescencia en este proceso de atención de salud acarrea una serie de consecuencias, entre ellas, la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención de salud para la atención de las adolescentes gestantes, en parto y puerperio. Se evidencia, por ejemplo, que la contrarreferencia entre el tercer nivel y el nivel de atención primaria en general no fluye en el caso de las adolescentes postparto, en parte por desarticulaciones en la red asistencial y en parte porque no es vista como prioritaria (Unicef 2017).

Junto con lo anterior, se evidencian consecuencias derivadas de lo que se ha denominado como prácticas de falta de respeto y abuso en la atención del parto, que si bien afectan a mujeres de todos los grupos etarios, se ve con mayor recurrencia en las adolescentes. La OMS, en una declaración sobre este tema de 2014, plantea que *en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación* (OMS 2015). Un conjunto de organizaciones internacionales lideradas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) desarrolló en el mismo año una propuesta de nuevas directrices para las maternidades amigas de las madres y bebés, planteando que *toda mujer tiene derecho a una experiencia positiva de parto y al cuidado compasivo de proveedores informados y capacitados que reconozcan que cada mujer, familia, y recién nacido es único y merece atención digna e individualizada* (FIGO 2015). Ello, reconociendo que la experiencia de cuidado recibida durante el nacimiento tendrá impacto en la salud integral tanto de las usuarias como de sus familias. Estas declaraciones, si bien representan un avance en términos de equidad y buen trato hacia las mujeres gestantes, no incorporan consideraciones especiales hacia la población adolescente (Savage 2017).

Una revisión sistemática realizada por Bohren y colegas (Bohren 2015) identifica una serie de estudios que plantean que la población adolescente vive especial discriminación y maltrato durante la atención del parto en diversos contextos del mundo. Reportan que las adolescentes fueron criticadas y ridiculizadas por haber iniciado actividad

sexual antes del matrimonio, y en algunos estudios el maltrato vivido se relaciona con su decisión de no acudir a centros de salud en futuros embarazos.

Diversos estudios cualitativos en América del Sur revelan la ocurrencia de maltrato médico y violencia obstétrica durante los controles prenatales y el parto en adolescentes y jóvenes (Conosur 2017). Un estudio realizado en la ciudad de Santiago de Chile da cuenta de las violencias percibidas por adolescentes, ejercidas por el sistema de salud, durante el proceso de embarazo y parto. El estudio sostiene que se detecta el ejercicio de una violencia psicológica asociada al tratamiento de los/as adolescentes como sujetos incompletos e incapaces de comprender los distintos tipos de información que se les entrega. Además, se reporta violencia verbal y psicológica por parte de personal de salud de atención primaria y hospitalaria, manifestada en acciones como la negación de atención primaria básica, insultos y cuestionamientos de la situación vivida, desestimando la capacidad de la adolescente para un desempeño como futura madre y el adolescente como futuro padre (Consultora de Investigación Social 2015). La encuesta OVO Chile (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile 2018) sobre nacimientos en Chile muestra que las peores experiencias de parto son vividas por mujeres adolescentes, en comparación con otros grupos etarios. De las experiencias de parto que ocurrieron entre 2014 y 2017 en mujeres menores de 19 años (N=239), un 42% reportó sentir que el personal fue poco empático con respecto a sus dolores, a diferencia de un 11% en mujeres de 35 a 39 años de edad. En un 17% de los partos en que la mujer era adolescente se reportó falta de respeto por la intimidad y privacidad, a diferencia de un 3% en mujeres de 35 a 39 años. Estos estudios muestran grandes inequidades presentes en la entrega de cuidados maternos, siendo las adolescentes las más vulneradas en esta materia.

En el contexto de la temática planteada, surgen una serie de desafíos para la salud pública del país, entre ellos: (i) la incorporación de la especificidad de adolescencia en todo el proceso de salud sexual y reproductiva, incluida la gestación, parto y puerperio; (ii) desarrollo de trabajo intersectorial, específicamente entre salud y educación, que abogue por reducir las inequidades sociales que afectan a las mujeres derivadas del embarazo en la adolescencia; (iii) capacitar a los equipos de salud en adolescencia y en las necesidades específicas en salud de la población adolescente, tomando

en consideración los escenarios sociales actuales donde la construcción de identidades en el mundo adolescente están en constante transformación y marcadas por una mayor apertura hacia la diversidad en todo ámbito.

## REFERENCIAS

- Berthelon M, Kruger DI & Eberhard JP.(2017). Estimating the effects of teen motherhood in Chile: a family fixed effects approach. *Estudios de Economía*, 44 (1): 5-32.
- Bohren M, Vogel J, Hunter E, et al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*. 12(6):1–32.
- Cherry AL, Dillon ME. (2013). *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*. New York: Springer.
- Cono Sur. (2017). *Prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del Cono Sur*. Asunción: Cono Sur/UNFPA.
- Consultora de Investigación Social.(2015). Informe Final. *Evaluar contenido de materiales educativos*, JUNAEB. Santiago, Chile.
- Dides C, Fernández C (eds.). (2016). *Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la Situación 2016*. Santiago: MILES Chile.
- FIGO (2015). *International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, & World Health Organization. Mother-baby friendly birthing facilities*. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*. (128):95-99.
- Gaete V, Enríquez ME, Robledo P, Zubarew T, Peralda E, Sagredo C & Funes F. (2011). *Fundamentos para la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia a nivel de toda la red asistencial de salud. Recomendación del comité de adolescencia de la Sociedad Chilena Pediátrica*. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(5):447-53.
- Gordon LP. (2017). *Optimizing Adolescent LARC: an Answer to Pregnancy Prevention*. *Annals of Global Health*, 83(5-6): 777-780.
10. Ministerio de Salud Público. (2007). *Plan Andino de Prevención de Embarazo En Adolescentes [Andean Plan for Adolescent Pregnancy Prevention]*. Quito: Ministerio de Salud Público.
- MINSAL, Ministerio de Salud, (2008). *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2013). *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Ministerio de salud
- MINSAL, Ministerio de Salud, (2017). *Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL, Ministerio de Salud(2019) *Información a la Comunidad Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes*. Disponible en: <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-a-la-comunidad-salud-joven-y-adolescente/>
- Norris SA, Osmond C, Gigante D et al. (2012). *Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult diabetes risk in five low- or middle-income country birth cohorts*. *Diabetes Care*. 35: 72-79.
- Obach A, Sadler M, Jofré N. (2017). *Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile. El rol de la educación sexual*. *Rev. Salud Pública*, 19 (6): 848-854.
- Obach A, Cabieses B & Bernales M. (2017). *Atención de adolescentes y jóvenes a nivel hospitalario en Chile: un desafío pendiente*. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5):127-128.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago de Chile: Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/325933924\\_OVO\\_Chile\\_2018\\_Resultados\\_Primer\\_Encuesta\\_sobre\\_el\\_Nacimiento\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/325933924_OVO_Chile_2018_Resultados_Primer_Encuesta_sobre_el_Nacimiento_en_Chile)
- Olavarría J, Molina R. (2012). *Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas*. *Polis*, 11(31): 411-433.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2015). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Palma I. (2012) *Unpredicted pregnancy among Chilean young women*. *Rev Med Chile*; 140: 319-325.
- Rodríguez Vignoli J, Páez K, Ulloa C & Cox L.(2017). *Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas*. Santiago: CEPAL-UNFPA, Serie población y desarrollo N°116.
- Rosas A, Martínez P, Canessa MJ, Insunza A & Cayazzo D. (2017). *Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005- 2015*. *Rev. Chil. Obstetr. Ginecol*, 82(4): 361.
- Sadler M, Obach A, Luengo X & Biggs A. (2011). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile*. Santiago de Chile: CulturaSalud / Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud.
- Savage V & Castro A. (2017). *Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches*. *Reprod Health*. 26;14(1):138.
- Sawyer S, Ambresin AE, Bennett K & Patton G. (2014). *A measurement framework for quality care for adolescents in hospital*. *Journal of Adolescent Health* 55: 484-490.
- Ullán A, Serano I, Badía M & Delgado J. (2010). *Hospitales amigables para adolescentes: preferencias de los pacientes*. *Enfermería Clínica*, 20(6):341.
- UNFPA (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: United Nations Population Fund.
- UNICEF (2017). *Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas*. Argentina: UNICEF.
- Villamil I, Villacián MJ, Canedo C, Villacián G & Rodríguez M. (2005). *Medicina del adolescente*. *An Med Interna*, (22):525-8.
- WHO, World Health Organization. (2014). *Adolescent Pregnancy*. [Internet] Geneva: World Health Organization. [Citado en 15 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>.