© 2008 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2008;16(31):193–201
0968-8080/08 $ – see front matter
PII: S0968-8080(08)31358-5

www.rhmjournal.org.uk

Embarazo en la adolescencia en Argentina: Recomendaciones de política basadas en la evidencia

Mónica Gogna,[a] Georgina Binstock,[b] Silvia Fernández,[c] Inés Ibarlucía,[c] Nina Zamberlin[c]

a Investigadora, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina. E-mail: monicag@cedes.org
b Investigadora, Centro de Estudios de Población (CENEP) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina
c Investigadora, CEDES, Buenos Aires, Argentina*

Resumen: *En Argentina, el embarazo en la adolescencia continúa percibiéndose como un problema de salud pública o una "epidemia social". Sin embargo, es necesario preguntar de qué punto de vista y para quién es un problema, y qué tipo de problema. En este artículo se presentan los resultados de un estudio importante cuantitativo y cualitativo realizado en cinco provincias septentrionales y dos zonas metropolitanas de Argentina, en 2003–2004. Basado en los resultados de una encuesta entre madres adolescentes (n=1,645) y diez discusiones de grupos focales con niñas y niños adolescentes, el artículo trata las conexiones entre el abandono de estudios, el embarazo y la pobreza, y ofrece recomendaciones sobre cómo adaptar la educación sexual y la educación sobre la atención de la salud conforme a las realidades locales. Los hallazgos indican la necesidad de crear actividades educativas para promover relaciones sexuales más seguras y tratar las relaciones de poder entre los sexos en programas que trabajan con comunidades carenciadas. Es imperativo impartir educación sexual con un punto de vista de género y derechos, y ampliar el acceso de la adolescencia a los métodos anticonceptivos. Se debe mejorar la atención antenatal y posparto, así como la atención postaborto, para las mujeres jóvenes, y estos servicios deben verse como oportunidades para brindar consejería anticonceptiva y suministrar métodos anticonceptivos. Además, se debe promover la participación del hombre en la prevención y atención del embarazo. © 2011 edición en español, 2008 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

Palabras clave: *: Adolescentes, educación, cuidado prenatal, anticoncepción y embarazo no planeado, Argentina*

En América Latina, el embarazo adolescente, se convirtió en un problema durante los años setenta, una década después que en Europa y los Estados Unidos. La construcción del embarazo adolescente como un "problema social" fue resultado de una variedad de factores como el crecimiento absoluto y relativo de la población adolescente; una menor reducción de la fecundidad adolescente respecto a la de las mujeres adultas; la mayor medicalización del embarazo y el mayor acceso a los servicios de salud en los sectores de bajos ingresos, que otorgó a las madres adolescentes una mayor visibilidad social; los cambios sociales y culturales; y particularmente la preocupación adulta por la actividad sexual en la población joven.[1–5]

La tasa de fecundidad adolescente (15–19 años) en Argentina es de alrededor de 62 por 1,000 , menor que la tasa promedio en América Latina y el Caribe (72.4 por 1,000), y menor también

* Actualmente, Silvia Fernández es docente de la UNDAV, Universidad Nacional de Avellaneda, Buenos Aires, Argentina; Inés Ibarlucía trabaja en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires y Nina Zamberlin es consultora del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación.

que la mostrada por países vecinos como Bolivia, Brasil, Paraguay y Uruguay, pero significativamente más alta que la de Chile (43.6). Aunque dicha tasa ha experimentado un descenso sostenido desde 1980, año en que alcanzó un 78 por 1,000, no ha vuelto a caer a los niveles observados a inicios de la década de 1960 (58.4).[4]

A fin de contextualizar mejor estos datos, es importante tomar en cuenta que los indicadores de salud reproductiva en Argentina tienen un desempeño relativamente pobre si consideramos el desarrollo de su sistema de salud pública y los recursos destinados a la salud (21.3% del presupuesto nacional). Por ejemplo, su razón de mortalidad materna (46 por 100,000 nacidos vivos) es más alta que la de sus vecinos Chile y Uruguay, países que destinan una menor proporción de sus presupuestos a la atención de salud.[5]

Adicionalmente, los indicadores de salud reproductiva muestran una variación considerable en las distintas provincias. A pesar que las diferencias regionales en la fecundidad adolescente han disminuido en las últimas décadas, éstas siguen siendo altas, en un rango que va de 23.9 por 1,000 en la Ciudad de Buenos Aires a 100 por 1,000 en las provincias de Chaco y Misiones. Cada año, nacen en la Argentina cerca de 100,000 niños cuyas madres son menores de 20 años, lo que representa un 15% del total de nacimientos. La maternidad adolescente es un evento recurrente para un gran número de mujeres: 32.5% de madres adolescentes entre 18–19 años tienen más de un hijo, y 7.6% tienen tres o más hijos.[4]

Aunque la literatura biomédica actual afirme que el embarazo entraña un riesgo biomédico sólo a edades muy tempranas (13–14 años),[6–10] éste es considerado por funcionarios públicos, médicos, medios de comunicación y población en general como un problema de salud pública o una "epidemia social". Adicionalmente, como ha mostrado Luker para los EEUU,[11] desde el sentido común se tiende todavía a ver el embarazo adolescente como causa de la pobreza y no como consecuencia de ésta y de la falta de recursos y proyectos alternativos.[1,2]

Sin duda, las situaciones que caen en la categoría de embarazo adolescente son muy diversas. En algunos casos, particularmente entre las niñas más jóvenes, el embarazo es el resultado de relaciones sexuales no consensuadas (violación, incesto, coerción sexual). En otros, la falta de educación sexual y de servicios de salud amigables, así como las desigualdades de género, evitan que las adolescentes adopten un método anticonceptivo o lo usen de manera efectiva. Otras adolescentes en realidad buscan o reciben con agrado un embarazo.

Tomando en cuenta el "contexto", este artículo busca identificar las prioridades de acción y proporcionar información útil para el diseño de intervenciones específicas que respondan a las necesidades de diferentes grupos de adolescentes. Esto es particularmente relevante para el caso de Argentina, donde existe una brecha considerable entre el conocimiento generado por los investigadores y la información sobre el embarazo adolescente que poseen decisores, políticos y público en general. Nuestra investigación ha permitido conocer la perspectiva de las y los adolescentes e incluir las visiones de actores sociales que no han sido suficientemente estudiados a la fecha: hombres jóvenes, especialistas en educación, psicólogos, trabajadores sociales, y quienes abogan por la salud de los jóvenes y las mujeres. A fin de completar el panorama, buscamos analizar el impacto a largo plazo de la maternidad y paternidad adolescentes.[12–16]

En síntesis, trataremos de ofrecer algunas respuestas a la siguiente cuestión: desde qué perspectiva y para quiénes resulta un problema el embarazo adolescente, y qué tipo de problema configura.[12]

Acerca del proyecto de investigación

Este artículo resume algunos de los resultados de un proyecto de investigación más amplio desarrollado por CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad) por encargo del Ministerio de Salud y Ambiente, que apoyó el estudio de manera conjunta con UNICEF-Argentina. CEDES asumió dicha investigación en un momento socioeconómico y político muy peculiar. Argentina atravesaba una de sus crisis sociales, económicas y políticas más severas (2001/2002). El 48% de la población vivía en pobreza y la tasa de desempleo había alcanzado el 19%. En octubre de 2002, poco después que el Ministerio de Salud declaró la "emergencia sanitaria", el Senado aprobó finalmente un proyecto de ley que creaba el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable dentro del Ministerio de Salud (Ley 25.673). Este hecho significó un punto de quiebre y un avance significativo, dado que, por primera vez en décadas, el Estado reconocía oficialmente a la salud sexual y repro-

ductiva como una prioridad y mostraba voluntad política para implementar acciones en este campo. El hecho que la fecundidad adolescente fuera alta en muchas provincias del noreste y noroeste del país y que la maternidad adolescente sea un evento recurrente para un gran número de adolescentes motivó un pedido oficial de generar evidencias para mejorar la formulación de políticas. El proyecto se desarrolló en las capitales de cinco provincias septentrionales pobres –Salta, Misiones, Chaco, Tucumán y Catamarca– y en las dos principales áreas metropolitanas –Buenos Aires y Rosario– entre agosto 2003 y julio 2004. Buscaba actualizar la información estadística, llenar vacíos de información y comprender las perspectivas de grupos de interés relevantes (decisores, prestadores de salud, adolescentes varones y mujeres). Las localidades fueron seleccionadas considerando las tasas de fecundidad adolescente, la proporción de partos en mujeres entre 15–19 años respecto al total de partos y otros indicadores clave de salud reproductiva (por ejemplo mortalidad materna e infantil). El propósito final era contribuir a la formulación de políticas y programas orientados a la prevención del embarazo adolescente no planeado y su recurrencia, así como mejorar la calidad de atención que se brinda a las adolescentes embarazadas.

El estudio tuvo dos componentes básicos. En primer lugar, un análisis socio-demográfico basado en tabulaciones especiales realizadas a partir del último censo nacional (2001) y de las estadísticas vitales.[4] En segundo lugar, se elaboró un diagnóstico situacional basado en:

- Entrevistas con informantes clave (directores de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social, Secretarías de la Mujer y la Juventud, prestadores de salud, representantes de ONG y líderes comunitarios). Exploramos sus opiniones sobre los principales problemas que enfrentan los y las adolescentes y en particular sus perspectivas respecto al embarazo adolescente, la maternidad y la paternidad y estrategias para prevenir o abordar este tema.
- Una encuesta con mujeres entre 15–19 años que habían dado a luz recientemente en 14 establecimientos de salud públicos en las localidades de estudio durante los meses comprendidos entre diciembre 2003 y febrero 2004. En cada ciudad capital, las encuestadas fueron entrevistadas en la principal maternidad pública, donde dan a luz la gran mayoría de las madres adolescentes. En Rosario, el estudio fue realizado en un hospital municipal que atiende la mitad de los partos de las mujeres entre 15–19 años. En el área metropolitana de Buenos Aires, se seleccionaron seis hospitales de diferentes regiones de salud con altas tasas de embarazo adolescente. En estas regiones, el hospital seleccionado atiende aproximadamente un 30% de los partos de las adolescentes embarazadas. El cuestionario estuvo compuesto por seis módulos: atención del embarazo y parto; historia reproductiva; conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; situación al momento del primer nacimiento vivo; expectativas hacia el futuro y perfil socio-demográfico. Fue administrado por trabajadoras de salud, la mayoría de ellas obstétricas, entrenadas in situ y luego supervisadas por las investigadoras de CEDES. Por razones éticas, no se invitó a participar de la encuesta a aquellos casos en los que las adolescentes o sus bebés se encontraban en la unidad de cuidados intensivos, en los que los bebés habían nacido muertos o las madres presentaban algún padecimiento mental. Se obtuvo un consentimiento informado de todas las encuestadas, explicando el propósito del estudio y solicitando su participación.
- Grupos focales con varones y mujeres adolescentes (con y sin hijos) conducidos por investigadores de CEDES del mismo sexo, para explorar sus perspectivas y experiencias en torno a la anticoncepción, el aborto, el embarazo, y la maternidad y paternidad. En los grupos focales se discutieron también algunos de los resultados de la encuesta con mujeres jóvenes para comprender mejor su significado.

Basándose en la encuesta y los grupos focales, este artículo aborda los vínculos entre deserción escolar, embarazo y pobreza, reconstruye las historias reproductivas de las adolescentes y formula recomendaciones sobre cómo adaptar la atención de salud y la educación sexual a las realidades locales. Adicionalmente, pone de relieve la manera en que esta información puede ayudar a deconstruir estereotipos profundamente arraigados

Participantes de la encuesta y los grupos focales

Del total de 1,881 partos de adolescentes entre 15–19 ocurridos en el periodo de estudio, se en-

cuestó a 1,645 jóvenes. De las 236 que no fueron encuestadas, 183 cumplían con los criterios de exclusión establecidos, 45 dejaron el hospital antes que pudieran ser contactadas por la encuestadora y ocho se rehusaron a participar. La edad promedio de las encuestadas fue 17.5; 57% tenía entre 18 y 19 años. Alrededor de 36% tenía primaria completa o menos; 52% no había terminado la educación secundaria y 12% tenía secundaria completa o mayor grado de instrucción. Más de la mitad (55%) vivía en condiciones de hacinamiento (tres o más personas por habitación) y en 22% de estos casos la proporción era de cuatro o más personas por habitación. Dos de cada tres adolescentes vivían con una pareja, ya fuera en un hogar nuclear o con otros familiares y no familiares. Entre las adolescentes de 18 años, la proporción que vivía con una pareja era de 68.7%, y de 74.3% entre las adolescentes de 19 años. Un 74% era primípara.

Sesenta y cinco adolescentes entre 15-20 años participaron en los grupos focales. Se realizaron tres grupos con madres adolescentes y tres con padres adolescentes, y cuatro grupos con adolescentes sin hijos (dos con mujeres y dos con varones) en tres localidades (una ciudad del noroeste, una ciudad del noreste y el Área del Gran Buenos Aires). Cada grupo estaba integrado por entre cuatro y diez adolescentes, que fueron invitados a participar a través de organizaciones locales que desarrollan actividades con adolescentes y de establecimientos de atención primaria de salud.

Hallazgos

Madres adolescentes y sus parejas

En contraste con la creencia difundida de que las adolescentes que tienen hijos viven la experiencia de la maternidad solas, las estadísticas vitales muestran que una proporción importante de madres adolescentes vivía con una pareja al momento de registrar a sus recién nacidos: 42% de las adolescentes de 14 años o menos, 52% de aquellas entre 15–17 años y 71% de aquellas entre 18–19 años. Los datos del censo (2001) muestran también que la mitad de las madres adolescentes vivía con su esposo o conviviente al momento de ser encuestadas. De manera consistente, los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (2001) muestran que el 47% de las madres entre 15–19 años estaban casadas o vivían con una pareja, 10% estaban divorciadas y 44% eran solteras.[14]

Los datos sobre estado civil de nuestra encuesta mostraron que el 41% de las adolescentes estaba ya viviendo con su pareja al momento de la concepción, mientras que un 59% quedó embarazada en el contexto de estar saliendo con alguien. En el momento del nacimiento, el 62% vivía con una pareja, el 20% seguía saliendo con el padre y un 10% de las relaciones había terminado. Los resultados anteriores sugieren que el embarazo y el parto ocurren en el marco de distintos tipos de relaciones de pareja, y que a partir del embarazo, un número importante de relaciones sin compromiso se convierten en uniones maritales o de convivencia. En general, las madres adolescentes tienen hijos con varones de su misma edad o un poco mayores. Sólo una minoría de adolescentes encuestadas (5%) señaló que el padre tenía 30 años o más. Esta información es similar a la reportada en la literatura local.[16–18]

Embarazo y educación

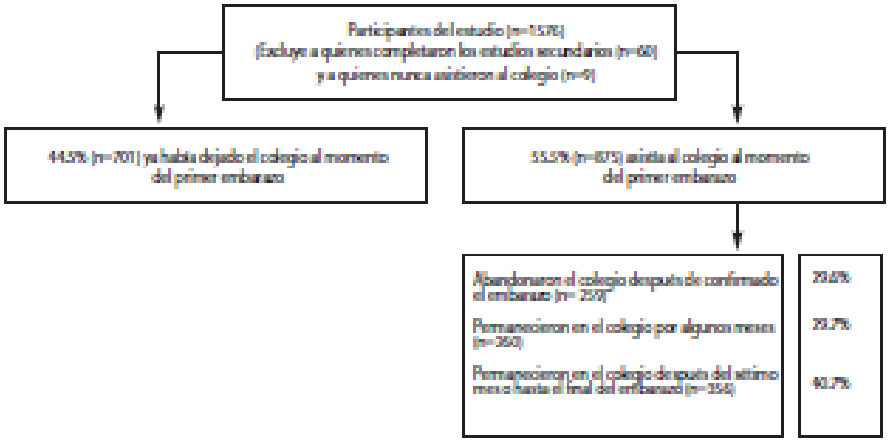
La encuesta recogió información vital, antes inexistente, sobre la relación entre el embarazo y la deserción escolar. Dicha información reveló que un 44.5% de las madres adolescentes ya no asistía al colegio al momento del embarazo (Gráfico 1), con variaciones significativas entre localidades, en un rango de 28% a 68%.

La no asistencia al colegio al momento del embarazo (que se producía, en promedio, a la edad de 16.6 años) estaba vinculada a la escasa capacidad de la escuela para estimular a las estudiantes a permanecer en ella (55% de las adolescentes que habían abandonado el colegio antes del embarazo dijeron que no querían seguir asistiendo o tenían dificultades con los estudios), a problemas económicos y de accesibilidad (29%) o a responsabilidades domésticas (8%).*

Adicionalmente, la información recogida muestra que cerca de una tercera parte de las adolescentes (y la mitad en Tucumán, una provincia muy pobre del noroeste) no estudiaba ni trabajaba al momento de quedar embarazada de su primer hijo. Esto refuerza la idea ya propuesta por diversos autores locales sobre el hecho que,

* El 8% restante corresponde a otras razones para las cuales no existe información.

Gráfico 1. Situación educativa de las madres adolescentes al momento de quedar embarazadas (n=1576)



en contextos en los que las jóvenes tienen muy pocas expectativas, la maternidad es considerada una experiencia positiva.[19–21] En este sentido, López afirma que la maternidad es la fuente principal de reconocimiento social, autoestima y respeto por parte de la familia y la comunidad para las adolescentes que viven en condiciones socioeconómicas precarias.[18]

¿Qué ocurrió con quienes seguían asistiendo al colegio cuando quedaron embarazadas? Seis de cada diez abandonaron los estudios durante los meses subsiguientes. La principal razón mencionada para la deserción (28%) fue el sentir vergüenza de ir al colegio embarazadas y el temor a la discriminación. La segunda razón más importante fue que no querían o no les gustaba estudiar (16%), lo que podría evidenciar un pobre desempeño escolar o dificultades de aprendizaje. En este sentido, un estudio sobre deserción en secundaria concluyó que, en el caso de adolescentes que viven en contextos de marginalidad y vulnerabilidad, es poco frecuente que el embarazo interrumpa una trayectoria escolar relativamente exitosa y que, en muchos casos, el embarazo precipita una decisión de abandonar el colegio que ya había sido considerada.[22] Otras razones mencionadas incluían la prescripción de reposo en cama (14%), problemas económicos (8%) y problemas de accesibilidad (7%) tales como el tener que asistir a la escuela nocturna, largas distancias y condiciones climáticas desfavorables, particularmente en las zonas más pobres.

Respecto a las políticas escolares, 5% de encuestadas señaló que su colegio no permitía o expulsaba a las estudiantes embarazadas. Por otro lado, cuatro de cada diez adolescentes que asistían al colegio siguieron haciéndolo hasta el final del embarazo (o al menos hasta después del séptimo mes). Los grupos focales mostraron que en muchos casos la escuela constituía un ambiente flexible que, incluso si carecía de una infraestructura apropiada, se adaptaba a las necesidades de las adolescentes embarazadas y madres jóvenes (i.e. se permitía a los bebés y niños pequeños en las clases y las madres podían salir del aula para la lactancia). Algunas adolescentes apreciaban la preocupación de sus profesores sobre su salud y bienestar y los de sus niños. Esta evidencia es consistente con la información de otros países en la región,[3] y cuestiona el supuesto estereotipado de una relación causal automática entre embarazo en la adolescencia y deserción escolar.

Uso de anticonceptivos al momento de la concepción

La mayoría de las participantes del estudio (82%) no utilizaba un método anticonceptivo al mo-

mento de quedar embarazadas, incluso si no deseaban necesariamente tener un hijo. Entre las primíparas,* la razón más frecuente para no haber utilizado un método fue que "quería tener un bebé" (44%), con un rango de 30–60% en los distintos ámbitos de estudio. La proporción de quienes querían quedar embarazadas era mayor en las jóvenes de 18–19 años (48%) que en las de 15–17 años (38%). Representaba un 50% entre quienes no asistían al colegio (independientemente de si habían terminado o no la secundaria), comparado con un 38% entre quienes seguían estudiando, y era mayor entre quienes vivían con una pareja (58%) que entre quienes no vivían con ella (33%). Los grupos focales mostraron que las adolescentes que tratan de quedar embarazadas intencionalmente se encuentran por lo general en circunstancias de vida particulares, tales como experimentar un sentimiento de soledad luego de la muerte de un ser querido, haber perdido un embarazo previo (de manera espontánea o por un aborto inducido), haber vivido con una pareja o haber salido con alguien durante un tiempo considerado lo suficientemente largo como para formar una familia.

Otras razones importantes para el no uso de anticonceptivos fueron el poco conocimiento (un 19% pensaba que no podía quedar embarazada), la falta de información o de acceso a anticonceptivos (11%), relaciones sexuales no previstas (10%) y la negativa de la pareja a usar un método anticonceptivo (7%). Las normas de género y las ideas sobre el amor romántico están detrás de varias de estas razones, como ha sido señalado repetidamente en la literatura.[19] Tanto las historias reproductivas de las adolescentes como la información oficial sobre el número de adolescentes hospitalizadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros muestran que es frecuente que las adolescentes decidan terminar un embarazo. A pesar de las restricciones legales para el aborto, aproximadamente 5% de las encuestadas afirmó haber tenido un aborto, de las cuales un 62% correspondía a un primer embarazo, 29% a un segundo, 8% a un tercero y 1% a un cuarto.

Los grupos focales mostraron que cuando las adolescentes se dan cuenta de que están embarazadas, usualmente sienten vergüenza y temor a la reacción de sus padres, y a menudo intentan terminar el embarazo para evitar la tensión con los adultos, más que como una expresión directa del rechazo a la maternidad. Por lo general, estos intentos involucran métodos ineffectivos como inyecciones hormonales adquiridas sin receta médica o la ingestión de preparados caseros de hierbas.

Atención prenatal

Casi 4% de las adolescentes encuestadas no tuvo ningún control médico durante la gestación, y un 3% adicional tuvo sólo un control. La razón mencionada con mayor frecuencia (40%) fue que no tenían acceso a servicios de salud (i.e. largas distancias, falta de dinero para el transporte, falta de tiempo), seguida por el hecho de no considerarlo importante o no desear recibir atención médica durante la gestación (26%).

La mayoría (69%) tuvo al menos cinco controles, que corresponde al número de controles promovido por el Ministerio de Salud, aunque un documento de la OMS de 2003 señala que cuatro controles son suficientes.[20,21] En las jóvenes primíparas, la probabilidad de tener un número adecuado de controles (75%) era mayor que en las multíparas (52%). El contar con un número adecuado de controles dependía de manera significativa de la educación. Otras variables como situación de pobreza, asistencia al colegio y uso relativamente constante de métodos anticonceptivos fueron también predictoras de una atención prenatal adecuada, fundamentalmente entre las madres primíparas. El análisis multivariado mostró que el nivel educativo y el nivel de pobreza afectaban de manera independiente la atención prenatal en las mujeres primíparas.* En cada nivel educativo, las adolescentes que vivían en

* Por razones éticas y metodológicas no preguntamos directamente: "¿Este embarazo fue deseado?". En lugar de ello, preguntamos si usaban o no un anticonceptivo al momento de quedar embarazadas de este bebé y el por qué. De manera indirecta, nos dieron información sobre si –al momento de la concepción– estas gestaciones habían sido deseadas o no. Esta información se recogió exclusivamente de mujeres primíparas. Las mujeres multíparas habían tenido su primer embarazo al menos dos años antes y queríamos evitar sesgos provocados por la distancia en el tiempo o la experiencia de maternidad.

* Nos referimos a modelos de regresión logística multivariados que predicen las probabilidades de tener al menos cinco controles prenatales en el embarazo de manera separada para primíparas y multíparas. Otras variables de control incluyeron el lugar de residencia, cobertura de salud privada o de seguridad social y edad de inicio sexual (no estadísticamente significativas).

los hogares más pobres tenían menor probabilidad de tener cinco o más controles prenatales. Más aún, aquellas que asistían al colegio al momento de quedar embarazadas tenían 34% más probabilidades de tener un número adecuado de controles prenatales que aquellas que ya habían abandonado los estudios.

La historia reproductiva y el contexto en el que ocurre la gestación también influía en las actitudes hacia el control prenatal; las mujeres que reportaron haber usado anticonceptivos desde la primera relación sexual, aquellas que querían tener un bebé, y aquellas que estaban saliendo con alguien o tenían una relación de convivencia al momento de quedar embarazadas tenían una mayor probabilidad de haber tenido un número adecuado de controles prenatales.

Con respecto a la temporalidad de los controles prenatales, 56% los inició en el primer trimestre y 37% en el segundo trimestre. El inicio temprano del control prenatal era mayor en las primíparas (60%) que en las multíparas (46%). Los grupos focales sugirieron que los sentimientos encontrados respecto a si continuar o no con la gestación, el temor a revelar su estado e intentos auto-inducidos de terminar con la gestación pueden explicar la demora en el inicio del control prenatal.

Por lo general, las adolescentes asistían a los controles prenatales acompañadas de personas significativas (75%), la mayoría (61%) con sus parejas. Los grupos focales con los padres jóvenes evidenciaron el interés y deseo de asistir como una forma de mostrar su preocupación por sus parejas y sus bebés, así como para aclarar dudas y obtener información de primera mano sobre el avance de la gestación. Algunos hombres jóvenes expresaron su agradecimiento a los profesionales de salud que alentaron su participación, debido a que ello les permitió sentirse también en alguna medida "protagonistas" en el proceso. Aquellos que no habían podido asistir a los controles debido a sus horarios de trabajo expresaron su pesar. Asimismo, los padres jóvenes que no habían podido acompañar a sus parejas durante el parto o durante la noche debido a las normas hospitalarias señalaron sentirse frustrados y molestos. Sin embargo, este fuerte deseo de estar presentes en el embarazo y el parto no debe ser tomado como un indicador de participación activa durante la crianza.

Respecto a las características y la calidad de los controles prenatales, casi todas las madres jóvenes reportaron haber recibido un chequeo de rutina, como presión arterial, peso, medición del abdomen, auscultación del latido fetal, ultrasonido y vacuna antitetánica. Un 70% dijo haber sido sometida a la prueba de VIH. Sólo una de cada tres recibió información sobre lactancia y consejería anticonceptiva, y sólo 8% asistió a un curso de preparación para el parto. La amplia mayoría refirió que estos cursos no eran ofrecidos en los establecimientos públicos, o que desconocían su existencia (63%).

Durante el postparto inmediato, un 58% de las madres adolescentes recibió información sobre lactancia, 54% recibió consejos sobre cómo cuidar al bebé (i.e. baño, limpieza del cordón umbilical), pero sólo un 30% recibió información sobre planificación familiar. Esta última cifra es extremadamente baja si se compara con el hecho de que nueve de cada diez encuestadas refirieron estar dispuestas a usar anticonceptivos en un futuro cercano y expresaron el deseo de espaciar su próximo embarazo durante por lo menos dos años. Los métodos anticonceptivos de preferencia eran los anticonceptivos orales (45%), el DIU (36%), los inyectables (9%) y los condones (7%). Aunque el condón había sido el método más utilizado por ellas antes del embarazo, el contar con un método efectivo que dependa del control femenino se había convertido en una prioridad. Sin embargo, los prestadores en los hospitales públicos eran a menudo renuentes a colocar un DIU a las madres adolescentes, considerando que supone un riesgo si no acuden al establecimiento en caso de complicaciones, y también porque desalienta el uso del condón para prevenir una ITS/VIH.

Discusión y recomendaciones

La información generada por este estudio nos permitió saber si, y para quién, el embarazo adolescente (mujeres entre 15 y 19 años) constituye un problema y qué tipo de problema. Encontramos que entre 40–70% de las madres adolescentes en nuestro estudio hubiera preferido posponer el embarazo. El embarazo no deseado conlleva el riesgo de aborto inseguro, que provoca morbilidad y mortalidad materna. Sin embargo, si el embarazo no deseado es llevado a término, existen problemas subsiguientes como el tener que dejar el colegio para realizar tareas domésticas, cuidar al bebé –tal vez sin los recursos adecuados–, ma-

yores dificultades para acceder a un empleo, interrupción del desarrollo personal y limitaciones en las oportunidades futuras.

• Prevención del embarazo adolescente

Nuestros hallazgos son consistentes con otras investigaciones que muestran el rol fundamental que las desventajas sociales y económicas juegan en el embarazo y maternidad adolescentes.[11] Es, por lo tanto, crucial contar con políticas socioeconómicas orientadas a la inclusión social de adolescentes de los grupos desfavorecidos, particularmente en un país en el que, al momento en el que se desarrolló el estudio, 63% de los niños entre 0–13 años y 58% de quienes tenían entre 14–22 años vivían en pobreza.[35]

El contar con mejores condiciones económicas y sociales permitiría a las adolescentes permanecer en el colegio y considerar oportunidades de empleo y oportunidades de desarrollo personal distintas a la maternidad. La permanencia de las adolescentes en la escuela es central para su bienestar y para la prevención de embarazos no deseados. Como se ha mostrado previamente, la mayor permanencia en el colegio está claramente asociada con el uso de anticonceptivos durante el inicio sexual y la asistencia al control prenatal. Al parecer, el contacto con profesores, padres y autoridades y la expectativa de que la formación educativa ayudará a encontrar trabajo o a estar mejor preparados para enfrentar la vida adulta alienta "comportamientos protectores".[22] Nuestros hallazgos indican que la respuesta de los colegios frente al embarazo y la maternidad adolescentes suele depender en gran medida de la iniciativa individual y el compromiso de docentes y directores. Por lo tanto, el Ministerio de Educación debe elaborar directrices que obliguen a todos los colegios a respetar los derechos de las estudiantes embarazadas y madres garantizados por la legislación nacional (Leyes Nacionales 25.808 y 25.273).

Incluso si nos situamos en el escenario optimista de una mejora de las condiciones de vida y oportunidades de las personas, ello no significa que se corregirán automáticamente algunas de las carencias identificadas en el ámbito de las políticas públicas. Se requiere implementar algunas intervenciones específicas, o reforzar y expandir las existentes.

Como ha mostrado la literatura de manera consistente, nuestros hallazgos indican que es difícil para las adolescentes adoptar prácticas de sexo seguro debido a las imágenes, roles y relaciones de poder marcadas por el género, la "ideología del amor romántico" y los mitos persistentes respecto a la anticoncepción.[36,37] Por lo tanto, es imperativo implementar la educación sexual en colegios y comunidades. La Ley Nacional 26.150/2006, que establece la obligatoriedad de la educación sexual en todos los niveles educativos, ofrece una ventana de oportunidad para abordar una cuestión pendiente y altamente controversial en Argentina.

Argentina puede aprender de la importante experiencia de otros países de la región respecto a que el cambio de comportamiento, el uso del condón y el sexo más seguro deben formar parte de programas desarrollados en comunidades desfavorecidas y no sólo de la educación escolar.[38] El énfasis en el trabajo comunitario es particularmente apropiado para contextos en los que existe una alta proporción de adolescentes fuera del sistema educativo. Los diagnósticos locales desarrollados en el marco de este estudio (información no incluida en este artículo) muestran la necesidad de que los educadores en sexualidad reciban capacitación con una perspectiva de género y derechos y utilizando enfoques participativos. La equidad de género y la violencia de género y sexual son algunos de los temas clave que deben ser abordados por adolescentes, padres y líderes comunitarios.

• Mejorar la calidad de la atención de la maternidad y la atención post-aborto

A fin de mejorar la cobertura de la atención prenatal, es importante desarrollar campañas de difusión que promuevan los controles prenatales y facilitar el acceso a los servicios de salud mejorando los horarios de atención y el sistema de citas. Es necesario que las unidades locales de atención de salud y los líderes comunitarios se orienten a las jóvenes multíparas con bajos niveles de educación, en la medida en que constituyen el grupo con menor cobertura de control prenatal.

Otro aspecto que debe ser abordado por cualquier estrategia orientada a mejorar la calidad de la atención obstétrica es la falta de clases de preparación para el parto. Nuestros grupos focales mostraron que en el sector público no se

admite la presencia del padre durante el parto (generalmente por falta de espacio) y/o que se desalienta o subestima su deseo de involucrarse. Es esencial que las instituciones reconsideren la forma en que vienen excluyendo la participación de los padres jóvenes.

Es necesario incluir la consejería en anticoncepción y lactancia durante la atención prenatal como prácticas de rutina, a fin de mejorar la calidad de atención. Es también necesario mejorar el seguimiento a las mujeres después del parto o de un aborto. La atención postparto y los controles del niño sano pueden ser buenas oportunidades para ofrecer información y métodos anticonceptivos a las madres jóvenes, poniendo a su disposición un amplio rango de métodos, dado su deseo manifiesto en este estudio de espaciar los embarazos y tener un número pequeño de hijos. Debe revisarse la orientación actual respecto a no alentar la provisión de DIU para adolescentes, especialmente para quienes han experimentado un fracaso previo con métodos que dependen del control masculino y con métodos hormonales (información de este estudio, no incluida aquí).

Respecto a la atención post-aborto, es importante mejorar las relaciones interpersonales entre prestadores de salud y pacientes en vista de los prejuicios y estigma evidenciados en las entrevistas con algunos prestadores (información de este estudio, no incluida aquí). Existe un contexto favorable para este tipo de intervenciones, dado que el Ministerio de Salud de la Nación está comprometido con la mejora de la calidad de atención post-aborto (i.e, desarrollando capacitación en aspiración manual al vacío).

La consejería anticonceptiva debe ser ofrecida como práctica de rutina a las mujeres que están hospitalizadas por complicaciones derivadas de un aborto. De manera más general, es necesario apoyar las iniciativas para lograr que el aborto sea legal ya que ello contribuiría a reducir la morbilidad y mortalidad por un aborto inseguro.

Como en el caso de los educadores en sexualidad, los profesionales de salud deben ser sensibilizados frente a una perspectiva de género y derechos. En particular, es importante que muestren una mayor comprensión de las dificultades que supone el uso consistente y correcto de métodos anticonceptivos y, por lo tanto, estar más dispuestos a ofrecer anticoncepción de emergencia y el DIU.

En conclusión, aun cuando la implementación de la educación sexual y la provisión de métodos anticonceptivos para adolescentes enfrentan todavía resistencias políticas, ideológicas, institucionales y culturales, el actual escenario es favorable para potenciar la salud y derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Esperamos que la información generada por este estudio y las recomendaciones inspiradas en él puedan contribuir al desarrollo de intervenciones más humanas y apropiadas, que tomen en consideración la perspectiva, necesidades y deseos de las y los adolescentes.

Reconocimientos

Este artículo se basa en la investigación publicada en el libro "Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas". La investigación fue financiada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación de Argentina y UNICEF-Argentina. Agradecemos al Dr. O' Donnell, director de la Comisión Nacional de Investigación para la Investigación en Salud, y a Eleonor Faur, oficial de UNICEF, por su compromiso con el proyecto y con la diseminación de los resultados de la investigación a nivel nacional. Nuestro reconocimiento a la contribución a la investigación de Ariel Adaszko, Valeria Alonso y Fabián Portnoy y de Edith Pantelides en el análisis demográfico. El trabajo de campo fue llevado por becarios locales: Lidia Mobilio (Chaco), Silvia Nudelman y Raúl Claramunt (Misiones), Mara Duhart (Catamarca), Paola Andreatta y Marta Arrascaeta (Buenos Aires), Evelina Chapman (Tucumán), Silvia Tocco de Sabio (Salta) y Fernanda Candio (Rosario). Agradecemos a las parteras que administraron las encuestas con eficiencia y sensibilidad.

Referencias

1. Stern C, García E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. In: Stern C, Figueroa JG, editors. Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y Retos para la Investigación. México DF7 El Colegio de México, 2001. p.331–58.
2. Pantelides E. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. In: CELADE-Université Paris X Nanterre. La Fecundidad en América Latina y el Caribe: STransición o Revolución? Santiago de Chile: CELADEUPX, 2004. p.167–82.
3. Heilborn ML, Aquino E, Knauth D. Editorial. Cadernos de Saúde Pública 2006;22(7):1362.
4. Binstock G, Pantelides E. La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. In: Gogna M, coordinador. Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, Evidencias y Propuestas para Políticas Públicas. Buenos Aires: Cedes-UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación, 2005. p.77–112.
5. Gogna M, Zamberlin N. Sexual and reproductive health in Argentina. Public policy transitions in a context of crisis. Journal of Iberian and Latin American Studies 2004;10(2):95–105.
6. Lawlor D, Shaw M. Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem. International Journal of Epidemiology 2002;31(3):552–54.
7. Scally G. Too much too young? Teenage pregnancy is a public health, not a clinical problem. International Journal of Epidemiology 2002;31(3):554–55.
8. Rich-Edwards J. Teen pregnancy is not a public health crisis in the United States. It is time we made it one. International Journal of Epidemiology 2002;31(3):555–56.
9. Smith S. Too much too young? In Nepal more a case of too little, too young. International Journal of Epidemiology 2002;31(3):557–58.
10. Roma´n Pe´rez R, Va´zquez Pizaña E, Rojo Quifones G, et al. Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica. In: Stern C, García E, coordinators. Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes en México. Aportaciones para la Investigación y la Acción. Documentos de Trabajo 6. México DF: El Colegio de México, 2001. p.33–58.
11. Luker K. Dubious Conceptions. The Politics of Teenage Pregnancy. Cambridge7 Harvard University Press, 1996.
12. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolesce˜ncia entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2006;22(7): 1421–30.
13. Weller S. Salud reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998. In: Oliveira MC (organiser). Cultura, Adolesce˜ncia, Saúde: Argentina, Brasil, México. Campinas: Cedes-Colmex-Nepo/Unicamp, 1999. p.9–43.
14. Villa A. Identidades masculinas y comportamientos reproductivos entre varones de los sectores populares pobres de Buenos Aires. In: Figueroa JG, Nava R, editors. Memorias del Seminario-Taller Identidad Masculina, Sexualidad y Salud Reproductiva. México DF7 El Colegio de México, 2001. p.27–31.
15. López E. La fecundidad adolescente en la Argentina: desigualdades y desafíos. UBA: Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires 2006;39:24–31.
16. Pantelides E. La Maternidad Precoz: la Fecundidad Adolescente en la Argentina. Buenos Aires7 UNICEF, 1995.
17. Añaños MC. Composición y comportamientos de unión en madres adolescentes. Rosario 1980-1991. Cedes-Cenep, Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires7 Cedes-Cenep, 1993.
18. Geldstein RN, Pantelides EA. Double subordination, double risk: class, gender and sexuality in adolescent women in Argentina. Reproductive Health Matters 1997;5(9): 121–31.
19. Adaszko A. Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. In: Gogna M, coordinator. Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, Evidencias y Propuestas para Políticas Públicas. Buenos Aires: Cedes-UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación, 2005. p.33–66.
20. Zamberlin N. Percepciones y conductas de los/as adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad. In: Gogna M, coordinator. Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, Evidencias y Propuestas para Políticas Públicas. Buenos Aires: CEDES-UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación, 2005. p.285–316.
21. Geldstein RN, Pantelides EA. Riesgo Reproductivo en la Adolescencia. Desigualdad Social y Asimetría de Género. Buenos Aires7 UNICEF, 2001 At: bwww.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_RiesgoreproductivoAdolescencia.pdfN.
22. Binstock G, Cerruti M. Carreras Truncadas. El Abandono Escolar en el Nivel Medio en la Argentina. Buenos Aires7 UNICEF, 2005.

23. Ministerio de Salud de la Nación. El Cuidado Prenatal. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Buenos Aires7 Ministerio de Salud de la Nación, 2001.
24. Organización Mundial de la Salud. Ensayo Clínico Aleatorizado de Control Prenatal de la OMS: Manual para la Puesta en Práctica del Nuevo Modelo de Control Prenatal. Geneva7 WHO, 2003.
25. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Permanent Household Survey. 2003, second semestre. At: bwww.indec.gov.arN.
26. Paiva V. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In: Parker R, Barbosa RM, Aggleton P, editors. Framing the Sexual Subject. The Politics of Gender, Sexuality and Power. California7 University of California Press, 2000. p.216–39.
27. Heilborn ML., Aquino EML., Bozon M, et al, organizers. O Aprendizado da Sexualidade: Reprodu¢ˆo e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond/ Editora Fiocruz, 2006.