

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

**Acceso de adolescentes embarazadas a servicios
públicos de salud sexual y salud reproductiva
en El Alto**

**María Dolores Castro
María Eugenia López**

Colección
Género e Infancia

CIDES
UMSA
30 AÑOS



EMBARAZO EN ADOLESCENTES

**Acceso de adolescentes embarazadas
a servicios públicos de salud sexual
y salud reproductiva en la ciudad de El Alto**

María Dolores Castro
Investigadora principal

María Eugenia López
Investigadora asociada



Este estudio fue realizado en el marco del Programa 'Desarrollo Institucional de Largo Plazo (LID)' apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de las autoras y no comprometen al CIDES ni a las agencias que colaboraron con el financiamiento para su investigación y publicación.

Postgrado en Ciencias del Desarrollo CIDES-UMSA
Avenida 14 de Septiembre No 4913 (Obrajes)
Teléfonos: 2786169 - 2784207 - 2782361
Fax: 2786169
Correo electrónico: cides@cides.edu.bo
Casilla: 9786
La Paz, Bolivia

Cuidado de la edición: Susana Zuazo Arana

© CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS y UNFPA, 2014

D.L: 4-1-2602-14
ISBN: 978-99954-1-624-9

Producción:
Plural editores
Av. Ecuador 2337 esq. Calle Rosendo Gutiérrez
Teléfono (591 2) 2411018, Casilla 5097, La Paz-Bolivia
E-mail: plural@plural.bo / www.plural.bo

Impreso en Bolivia

ÍNDICE

SIGLAS Y ABREVIATURAS	7
CIDES: 30 AÑOS DE VIDA INSTITUCIONAL.....	9
PRESENTACIÓN	13
RESUMEN EJECUTIVO	15
INTRODUCCIÓN.....	23
I. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN BOLIVIA	25
1. Contexto del embarazo en adolescentes en Bolivia.....	25
1.1 El escenario social, cultural y económico de los/as adolescentes	25
1.2 El escenario del embarazo en adolescentes.....	26
2. Contexto del embarazo en adolescentes en El Alto.....	27
2.1 El escenario alteño.....	27
2.2 El embarazo en adolescentes de El Alto.....	30
3. Normativas, políticas y programas relacionados con el embarazo en adolescentes	32
II. DISEÑO Y ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN	37
1. Antecedentes y justificación	37
2. Preguntas y objetivos	38
2.1 Propósito de la investigación	38
2.2 Preguntas de la investigación	38
2.3 Objetivos de la investigación	38
3. Diseño de la investigación.....	39
3.1 Diseño metodológico	39
3.2 Recolección de la información y procedimientos éticos	45
3.3 Procesamiento de los resultados, análisis y elaboración del informe.....	47
3.4 Principales conceptos y enfoques que guiaron la investigación.....	49

III. PRINCIPALES HALLAZGOS.....	53
1. Los motivos que influyen en las decisiones de las adolescentes embarazadas para acceder a servicios de salud u otras alternativas	53
1.1 El miedo y el temor para anunciar el embarazo	54
1.2 La influencia del entorno familiar en las decisiones de las adolescentes	56
1.3 La influencia de las amigas	61
1.4 Decisiones propias	62
1.5 Influencia de los/as educadores	63
2. El abordaje y la calidad de atención para las adolescentes embarazadas en los servicios de salud públicos	64
2.1 Características de los servicios de salud seleccionados.....	66
2.2 Diagnóstico de la atención de la adolescente embarazada en el Hospital Materno Infantil Los Andes	69
2.3 Diagnóstico de la atención de la adolescente embarazada en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios.....	96
3. La influencia del contexto en la prevención, apoyo y proyecto de vida de las adolescentes embarazadas	105
3.1 El contexto de las redes sociales y familiares.....	106
3.2 Las valoraciones y experiencias de las adolescentes sobre su embarazo	110
3.3 El acceso a información y educación en SSSR y DSDR.....	115
3.4 Los proyectos de vida.....	118
IV. DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS.....	121
1. Sobre los motivos que influyen en las decisiones de las adolescentes embarazadas para acceder a servicios de salud u otras alternativas de cuidado	122
2. Sobre el abordaje y la calidad de atención para las adolescentes embarazadas en los servicios de salud públicos	123
3. Sobre la influencia del contexto en la prevención, apoyo y proyecto de vida de las adolescentes embarazadas	125
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	Número de embarazos en menores de 20 años en Redes de Salud de El Alto (2011-2012 y parte de 2013).....	31
Cuadro N° 2	Leyes y políticas que favorecen a las adolescentes embarazadas	33
Cuadro N° 3	Estrategias metodológicas y categorías de la investigación	41
Cuadro N° 4	Herramientas metodológicas aplicadas en los servicios de salud	42
Cuadro N° 5	Tipo de herramienta metodológica y destinatarios	43
Cuadro N° 6	Otras características de las adolescentes entrevistadas	44
Cuadro N° 7	Red de Salud Los Andes-El Alto.....	67
Cuadro N° 8	Red de Salud Lotes y Servicios-El Alto	67
Cuadro N° 9	Red de Salud Los Andes: población asignada por grupos de edad, embarazos, partos, nacimientos esperados (2012 a agosto 2013)	68
Cuadro N° 10	Atención del embarazo en menores de 20 años de edad en El Alto y la Red Los Andes (2011 a agosto 2013)	68
Cuadro N° 11	Atención del embarazo en menores de 20 años de edad en la Red Lotes y Servicios (2011 a agosto 2013).....	69
Cuadro N° 12	Motivos para que las adolescentes embarazadas asistan al Hospital Materno Infantil Los Andes.....	73
Cuadro N° 13	Requisitos para las usuarias adolescentes en el Hospital Materno Infantil Los Andes	76
Cuadro N° 14	Recorrido de las adolescentes en el Hospital Materno Infantil Los Andes....	78
Cuadro N° 15	Competencia Técnica en Ginecología-Hospital Materno Infantil Los Andes	81
Cuadro N° 16	Competencia Técnica en Pediatría-Hospital Materno Infantil Los Andes	82
Cuadro N° 17	Prestaciones del sistema integral de servicios de SSSR.....	86
Cuadro N° 18	Consultas de planificación familiar nuevas y continuas de adolescentes de 10 a 20 años de edad en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012) ...	91
Cuadro N° 19	Consultas de planificación familiar nuevas y continuas de adolescentes de 10 a 20 años de edad en el Hospital Materno Infantil Los Andes (enero-agosto 2013).....	91
Cuadro N° 20	Consultas de PAP de adolescentes de 10 a 20 años de edad en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y parte de 2013).....	94
Cuadro N° 21	Motivos para que las adolescentes embarazadas asistan al Centro Materno Infantil Lotes y Servicios.....	98
Cuadro N° 22	Requisitos para las usuarias adolescentes en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios	100
Cuadro N° 23	Recorrido de las adolescentes en el Centro de Salud Lotes y Servicios.....	102
Cuadro N° 24	Competencia Técnica en Ginecología-Centro de Salud Lotes y Servicios	103
Cuadro N° 25	Competencia Técnica en Enfermería-Centro de Salud Lotes y Servicios.....	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Fases de la investigación	39
Gráfico N° 2	Aspectos éticos claves en la investigación	47
Gráfico N° 3	Ubicación de los establecimientos de salud seleccionados Ciudad de El Alto	66
Gráfico N° 4	Embarazo en adolescentes en las Redes Los Andes y Lotes y Servicios (enero-agosto de 2013).....	69
Gráfico N° 5	Cobertura de embarazo en adolescentes en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y 1er semestre de 2013)	72
Gráfico N° 6	Flujo/recorrido de la adolescente embarazada en el Hospital Materno Infantil Los Andes	74
Gráfico N° 7	Cobertura de embarazos en adolescentes por grupo de edad en relación a embarazos nuevos captados en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y 1er semestre de 2013)	87
Gráfico N° 8	Cobertura de embarazos en adolescentes por grupo de edad en relación a partos atendidos en servicio en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y 1er semestre de 2013)	88
Gráfico N° 9	Cobertura en Salud Sexual y Salud Reproductiva en mujeres embarazadas en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y 1er semestre de 2013).....	90
Gráfico N° 10	Cobertura de embarazos en adolescentes en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios (2012 y 1er semestre de 2013).....	97
Gráfico N° 11	Flujo /recorrido de la adolescente embarazada en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios.....	100

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMEU	Aspiración Manual Endouterina
BJA	Bono Juana Azurduy
CAJPEA	Comité de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
CEBIAE	Centro Boliviano de Investigación y Acción Educativa
CIDES	Postgrado en Ciencias del Desarrollo
CIES	Centro de Investigación y Educación en Salud
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CPE	Constitución Política del Estado
CS	Centro de Salud
CMILS	Centro Materno Infantil Lotes y Servicios
CCU	Cáncer Cérvico Uterino
COLOSAS	Consejos Locales de Salud
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
ENDA	Medio Ambiente y Desarrollo en Acción (por su sigla en inglés)
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
HMILA	Hospital Materno Infantil Los Andes
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ITS	Infeción de Transmisión Sexual
LID	Long-term Institutional Development
MAC	Método Anticonceptivo
MEF	Mujer en Edad Fértil
MELA	Método de Lactancia y Amenorrea
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OTB	Organización Territorial de Base
PAE	Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

PAP	Papanicolaou
PF	Planificación Familiar
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SERES	Servicio Regional de Salud
SESO	Seguro Escolar de Salud Obligatorio
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSPAM	Seguro de Salud Para el Adulto Mayor
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
UNFPA	United Nations Population Fund
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization

CIDES: 30 AÑOS DE VIDA INSTITUCIONAL

El Postgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés nació en 1984 como resultado de la lúcida iniciativa de autoridades universitarias que dieron cuerpo a la primera unidad académica multidisciplinaria de postgrado en el país, articulada alrededor de la problemática del desarrollo.

A tres décadas de entonces, no es difícil rememorar la importancia fundamental de aquel momento, que evoca una profunda convicción con relación al trabajo académico universitario marcado, a su vez, de un gran compromiso con el destino del país, visto desde los ojos de su intelectualidad.

Uno y otro aspecto son decisivos para una nación que busca comprenderse a sí misma y desplegar sus anhelos en el concierto internacional, sin renunciar a su especificidad histórica y cultural. Con ese propósito, el trabajo académico universitario se ubica en la franja más decisiva de las intermediaciones que ha producido la sociedad moderna, pues implica una forma de producción de sentido que toda sociedad requiere para cohesionarse como comunidad de destino. El conocimiento académico universitario es, así, un factor constitutivo de la nación para que ésta, sobre la base de sus condiciones particulares, trascienda los obstáculos que impiden su consolidación, a partir de una relación suficientemente consistente entre Estado y sociedad.

De ese legado está imbuido el trabajo que realiza la comunidad académica del CIDES. Varios han sido los frutos que hasta ahora se han logrado. El más importante, haber trazado una estructura institucional en la que converge una pluralidad de perspectivas teóricas, imprescindibles para alcanzar una mejor y más completa comprensión de la realidad nacional y regional. El trabajo interdisciplinario es un complemento sustancial que, a partir de las diferentes fuentes explicativas a las que apela, permite producir una mirada cabal de las interconexiones existentes en torno a las problemáticas de la realidad. El objeto del desarrollo exige que ambos componentes –pluralismo e interdisciplina– estén rutinariamente activos en la reflexión, lo

que la institución ha logrado formalizar a través del espíritu participativo que imprime en sus políticas, en gran medida gracias a la gran disponibilidad individual y colectiva desplegada en su seno.

Como resultado de ello, el CIDES se ha convertido en un referente medular para la formación y la investigación en el país, y ha formado un importante contingente de recursos humanos que se desempeñan con solvencia en la gestión pública, el trabajo docente y la investigación. Al mismo tiempo, ha producido un caudal de investigaciones que forman parte fundamental del acervo intelectual nacional. Y, finalmente, con el ánimo de visibilizar el debate, ha puesto a disposición de la colectividad lo mejor de sus logros. Más de 70 libros testimonian ese esfuerzo, refrendado por la persistencia con la que se ha mantenido la revista semestral de la institución (UMBRALES) y las decenas de eventos públicos organizados. En los últimos años, se ha sumado a ello una nueva forma de producir conocimiento, alentando la relación entre investigación y acción, y su derivación en la política pública que es el modo más concreto de la interacción del Estado con la sociedad. Como añadidura, la institución ha contribuido a la construcción de un tejido interuniversitario internacional que nutre la perspectiva del trabajo académico, amplificando sus desafíos y posibilidades.

Dos consideraciones acompañaron este proceso: una, orientada a preservar los pilares que dieron fundamento al trabajo institucional; la otra, a proyectar su horizonte al calor de los desafíos que trae el conocimiento en permanente recreación y los que el propio país se va proponiendo en el curso de sus procesos históricos. En esa dirección, el trabajo del CIDES está basado en un esfuerzo permanente de actualización, lo que significa poner en la palestra los grandes problemas que acechan a una sociedad en movimiento. Desde ese punto de vista, salta a la vista, como contribución sustantiva, la crítica a los modelos de desarrollo cuya única finalidad ha sido expandir las finalidades utilitaristas de la modernización. En consecuencia, la institución trabaja arduamente desde un enfoque comprometido con la emancipación, habida cuenta de las búsquedas en las que están empeñadas las colectividades, hoy por hoy con enorme evidencia simbólica y discursiva.

Ese compromiso está apuntalado por los valores de la democracia intercultural, el pluralismo teórico y la libertad política, soportes con los que es posible construir un pensamiento autónomo. Por eso, el CIDES reivindica su identidad pública y muestra una vocación orientada a los intereses generales de la sociedad exenta –consecuentemente– de sujeciones que no sean las académicas, asumiendo sin embargo el importante significado político que ello entraña.

Lograr ese caudal de objetivos da cuenta de lo que es posible hacer cuando la predisposición para actuar es superior a las circunstancias. En ese sentido, el trabajo colectivo y la capacidad creadora son un legado que la institución también atesora como parte de las evocaciones comunitarias a las que nos remite la historia cultural en el país.

La conmemoración de las tres décadas del CIDES es un buen momento para dar cuenta de todo ello. Sin embargo, además de ser una remembranza, este hecho también reafirma la convicción de esta comunidad académica sobre el valor del trabajo intelectual y el conocimiento

para apuntalar a la nación y sus valores democráticos, en el presente y el futuro. Por eso, los 30 años de esta institución son un motivo para honrar a la comunidad académica boliviana, en especial la que se ha involucrado con la universidad pública y con este postgrado. De la misma manera, es un homenaje al esfuerzo que despliegan los estudiantes universitarios de postgrado, con una vocación que no siempre es bien acogida por el país, privado de la enorme energía disponible de la que aquellos son portadores para contribuir a la reforma de la sociedad.

La colección de publicaciones que se recogen en este aniversario es resultado tanto de investigaciones realizadas por docentes-investigadores de la institución como por colegas que han tenido un contacto fluido con los quehaceres que aquí se despliegan. Son producto de la vinculación interinstitucional que el CIDES ha generado para que afloren, se reproduzcan y se ensamblen los fines más nobles que están detrás de todo trabajo intelectual, cuando éste se pone al servicio del bienestar de los pueblos.

El libro *Embarazo en adolescentes. Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto*, de María Dolores Castro y María Eugenia López, forma parte de la colección Género e Infancia que el CIDES viene promoviendo para visibilizar las problemáticas que atingen a grupos sociales recurrentemente ausentes de políticas públicas que, en la generalidad de los casos, se enuncian y aplican sin tomar en cuenta las especificidades generacionales. Ese es el caso de las mujeres adolescentes embarazadas, cuyo número es cada vez más creciente, sujetas a una serie de disyuntivas con las que se confrontan precozmente y sin encontrar respuestas institucionales que les garanticen el ejercicio de sus derechos, por ejemplo, en el marco de las prácticas hospitalarias.

La investigación es resultado de un esfuerzo interinstitucional que involucró a la Organización Mundial de la Salud y al Postgrado en Ciencias del Desarrollo. Su desarrollo fue posible gracias a la cooperación de médicos y enfermeras del Hospital Materno Infantil Los Andes y del Centro Materno Infantil Lotes y Servicios, ambos ubicados en la ciudad de El Alto. Su publicación con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Población.

Cecilia Salazar
Directora del CIDES-UMSA

PRESENTACIÓN

El diagnóstico sobre el acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto presenta los resultados de una investigación sobre el acceso de esta población y la calidad de los servicios de salud pública desde una perspectiva metodológica que recoge la voz y las observaciones tanto de las adolescentes como del personal responsable de los servicios de salud.

El diagnóstico revela numerosos factores y el entorno de vulnerabilidad que rodean a las adolescentes embarazadas o a quienes ya han dado a luz. Relata las dificultades de comunicación sobre temas de sexualidad al interior de las familias, así como la angustia, el miedo y el temor durante los meses que preceden al parto. Confirma resultados de numerosos países sobre los factores de riesgo que conducen al embarazo, tales como el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y la vergüenza que ocasiona la aceptación de la sexualidad, las relaciones asimétricas de poder en la pareja y la creencia de las jóvenes en que la maternidad es un destino. Señala también factores relativos a la mala calidad de los servicios de salud tales como demoras y retrasos en los controles prenatales; actitudes de las jóvenes como la esperanza en la terminación del parto por medios naturales y vergüenza de asistir a los centros de salud. El diagnóstico también resalta los numerosos casos de embarazo como resultado de violencia sexual e identifica las consecuencias devastadoras sobre la vida de las y los adolescentes a las que se suman los cuestionamientos de familiares y amigos y, en particular, la indolencia y re victimización producidas por las instancias judiciales.

La publicación hace acopio de temas relevantes para la comprensión del embarazo en el medio urbano, ofreciendo información valiosa de estudios realizados en el contexto de la ciudad de El Alto, citando también resultados de estudios oficiales. Mientras que en Bolivia la fecundidad en la población de mujeres está en descenso en general, las últimas versiones de la Encuesta Nacional de Salud y Demografía (2003 y 2008), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) demuestran que la fecundidad en las adolescentes se encuentra en aumento. La misma fuente de información revela que la mayor cantidad de embarazos en la adolescencia

se producen en un contexto de pobreza; más del 31% de las adolescentes del quintil más pobre son madres o se encuentran embarazadas, frente a menos del 8% de las adolescentes del quintil superior, lo que además está fuertemente relacionado al grado de instrucción: la proporción de adolescentes que accedieron únicamente al nivel primaria y están embarazadas es 31,9% frente a 4,3% de aquellas que cuentan con un nivel de educación superior (INE 2008).

Los resultados orientan nuestros esfuerzos hacia mejores programas y políticas públicas a nivel municipal en un marco del derecho a la salud. La prevención y el acceso a la salud pública es un componente esencial y, en este sentido, es fundamental incluir contenidos de educación para la sexualidad a nivel curricular e invertir en estrategias de atención diferenciada integral con énfasis en la calidad y calidez de la atención, la confidencialidad, la no estigmatización y la asignación de tiempos y espacios en condiciones de respeto y dignidad. Esto incluye la promoción de los servicios de salud como instancias de prevención y promoción en salud y la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Requiere el seguimiento a sus necesidades educativas, promoviendo el autocuidado y la prevención de un segundo embarazo, así como la incorporación de sus familias y de los agentes de diversas instituciones sociales en programas que desarrollen la habilidad para entablar una comunicación abierta e informada sobre la sexualidad y sus proyectos de vida. En el mismo tenor, los datos llaman la atención y exigen incluir oportunidades de formación y empleo que potencien sus capacidades y las preparen para asumir las responsabilidades y exigencias sociales emergentes, así como las expectativas del rol como madres en el entorno doméstico.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) valora la iniciativa del CIDES-UMSA de llevar a cabo estudios que permitan mejorar la salud de las madres adolescentes en Bolivia. La investigación *Embarazo en adolescentes. Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto*, dirigida de manera rigurosa por María Dolores Castro, refleja la complejidad del fenómeno en un contexto real.

Confiamos en la contribución sustantiva de la presente publicación a iniciativas en marcha dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes adolescentes con el reconocimiento de sus necesidades diferenciales, en un contexto de respeto y garantía plena de los derechos humanos.

Ana Angarita
Representante del UNFPA
La Paz, Bolivia

RESUMEN EJECUTIVO

1. OBJETIVOS

- Identificar los motivos que tienen las adolescentes embarazadas (15-19 años) para acceder a los servicios públicos de salud u otras alternativas, para la atención y cuidados del embarazo en zonas peri urbanas de El Alto. Diagnosticar la calidad de la atención de los servicios que atienden a adolescentes embarazadas en redes públicas de salud.
- Conocer los factores que inciden en las decisiones que las adolescentes embarazadas y de sus redes sociales para los cuidados, educación y prevención del embarazo en adolescentes.

2. ANTECEDENTES/JUSTIFICACIÓN

El año 2010 el Postgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA), en el marco del “Grant” (Long-term Institutional Development-LID) con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (RHR-WHO), presentó al Comité Científico (Scientific Peer Review) el protocolo de investigación *Embarazo en adolescentes. Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto*. El proyecto fue aprobado a finales de 2011 y, por diferentes situaciones administrativas y locales (paros intermitentes del sector salud), la investigación se inició en agosto del 2012 y culminó en agosto del 2013.

El estudio se llevó a cabo en dos servicios públicos de salud de la ciudad de El Alto y abarcó algunas de las zonas o barrios circundantes a los establecimientos. Los servicios seleccionados fueron el Hospital Materno Infantil Los Andes (HMILA) y el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios (CMILS), ambos se caracterizan por su importancia en la atención de la salud materna infantil de la ciudad de El Alto. En estas áreas el embarazo en adolescentes resalta como una de las principales problemáticas en salud.

La prevención del embarazo en adolescentes ha sido una preocupación del gobierno boliviano por su incremento acelerado en los últimos años. Por ejemplo, entre 2010 y 2011 aumentó del 18% a un 25% en mujeres con edades entre los 12 a 18 años. En este sentido, el interés fundamental de este estudio es observar la relación entre servicios de salud y el embarazo en adolescentes, identificando los factores que inciden en las decisiones para el acceso, la atención y la prevención. Se espera que los resultados puedan brindar información relevante a las políticas locales, para tratar de manera más adecuada el abordaje y la prevención del embarazo en adolescentes, y ofrecer insumos a diferentes instancias que abogan por el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) en el país.

3. METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RECURSOS UTILIZADOS

Para responder a las preguntas y enfocar los objetivos de la investigación se planteó un diseño cualitativo que permitiera abordar los servicios de salud de interés y a los/as diferentes sujetos participantes.

Los/as sujetos, principalmente, fueron las adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad. En este grupo fueron incluidas las adolescentes embarazadas al momento de la investigación o que lo estuvieron un año antes de la misma. Para profundizar en sus contextos sociales y culturales, así como en los factores que influyen en sus decisiones respecto a los cuidados del embarazo, se incorporaron a otros/as sujetos vinculados con las adolescentes, y que en el estudio fueron denominadas como redes sociales (familia, educadores, pareja y líderes comunitarios).

En los servicios de salud se aplicó un diagnóstico cualitativo, enfocado en la calidad de atención de servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR). La metodología del diagnóstico, desarrollada por la Organización No Gubernamental (ONG) REPROLATINA en el Brasil y ampliamente conocida y aplicada en diferentes países de la región, evaluó las condiciones que ofrecen los servicios desde la perspectiva de las usuarias, proveedores de salud, otros actores clave y la observación sistemática en los servicios.

Para las adolescentes embarazadas y sus redes sociales, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, se aplicaron entrevistas en profundidad y grupos focales. El abordaje de los/as entrevistados implicó un cuidadoso proceso de reclutamiento, de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión, para garantizar la confiabilidad y privacidad de las entrevistas y posterior tratamiento de la información. Además, se aplicaron diferentes formas de consentimiento informado, las cuales una vez que fueron firmadas por los/as sujetos fueron cuidadosamente guardadas.

El tratamiento y análisis de la información estuvo basado en la importancia del registro de la información en notas de campo y transcripciones, como también en su posterior procesamiento. Se asignaron códigos numéricos para proceder a la identificación de la información, evitando toda asociación con las personas entrevistadas. Finalmente, se llegó a la triangulación de la información que condujo al análisis crítico y posterior diseño y elaboración del informe.

4. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS RELEVANTES

Los hallazgos se organizaron de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación.

a) Los motivos que influyen en las decisiones de las adolescentes embarazadas para acceder a servicios públicos de salud u otras alternativas de cuidado

La información proveniente de las entrevistas en profundidad y grupos focales de redes sociales y adolescentes permite establecer lo siguiente:

- Las construcciones del ser adolescente y las concepciones sobre la sexualidad, son el marco en el que se mueven las decisiones y motivaciones para el acceso a servicios o a otros cuidados.
- Los sentimientos de “miedo” o “temor” son reiterativos, tanto cuando se trata de comunicar sobre el embarazo como para acceder a sus cuidados. Lo dicho está vinculado con que las adolescentes tienen que enfrentar el hecho de contar cómo sucedió el embarazo y con quién. Es decir, hablar de la sexualidad. Tema que se evita abordar de manera directa en las redes familiares, sociales y de salud.
- Las adolescentes viven un largo proceso de angustia, comunicando tardíamente el embarazo, incluso hasta el momento evidente del parto. Algunas de ellas intentan antes otras soluciones, desde el aborto hasta el suicidio.
- Los padres de familia, principalmente la madre y su entorno, son quienes juegan un rol fundamental en las decisiones para buscar una atención especializada u otras alternativas. En la mayoría de los casos, es la madre o una pariente cercana (tía o abuela) quien decide cuál será el camino que seguirá la adolescente.
- Las decisiones dependerán de las experiencias y preferencias de las madre/familia. Varias acuden a la atención en domicilio, asegurando también la confiabilidad del “secreto familiar”.
- Otras madres también son las que deciden llevarlas a un centro de salud, debido a experiencias previas positivas, tienen más información sobre los servicios de salud o no conocen otra alternativa.
- Las preferencias de las adolescentes no son tomadas en cuenta, la mayoría no quiere ir a un centro de salud por el “temor” a ser cuestionadas y criticadas en los ambientes públicos.
- Las amigas representan otra fuente de información “clave” para tomar decisiones, sin embargo, estos consejos son efectivos cuando las adolescentes viven solas o logran ocultar su embarazo y deciden ir a un lugar alejado del hogar para tener su hijo/a, y si fuera posible abandonarlo.

- Son pocas las adolescentes que toman decisiones conjuntas con sus parejas, esto acontece solo cuando la pareja es mayor que la adolescente o si la pareja de adolescentes logra vivir de manera independiente.
- Otra situación en que las adolescentes pueden decidir ir a un servicio de salud, es cuando ya han sido madres, pues, independiente de su edad, son consideradas “adultas” Pareciera que la maternidad otorga “poder de decisión”, sin embargo, esto se relaciona con las responsabilidades y roles que tienen que asumir todas las mujeres-madres, sin importar su edad.
- Para las adolescentes cuyo embarazo ha sido fruto de violación o violencia sexual, se reduce en gran medida las posibilidades de hablar del tema, ser atendidas o buscar ayuda. Tienen que vivir la angustia de un doble ocultamiento: el embarazo y la violación, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la familia.
- Para las adolescentes las preferencias no pasan por distinguir entre un centro de salud público o privado. Si bien encuentran que en centros de algunas ONG (CIES, PROSALUD, entre otras) hay un mejor trato, igualmente no asisten, ya que no quieren exponerse a la crítica, a los ambientes públicos, ni hablar sobre su embarazo. Las farmacias constituyen una buena alternativa por la privacidad que les ofrece.
- Algunas autoridades aducen que el Bono Juana Azurduy (BJA) ha incidido en el incremento de la demanda de adolescentes embarazadas o madres en los servicios de salud, sin embargo, en las entrevistas se observó que ésta no es una razón para acceder a los servicios. Hecho confirmado por proveedores de salud, quienes consideran que el BJA no ha tenido efecto en el acceso de las adolescentes a los servicios de salud.
- En tanto, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que asegura la gratuidad principalmente de las atenciones de salud materna, sí es una importante razón para acudir a un servicio público y atender el parto.

b) El abordaje y la calidad de atención para las adolescentes embarazadas en los servicios públicos de salud

El diagnóstico de los servicios de salud, que incluyó observaciones, entrevistas y grupos focales con proveedores de salud, plantea que:

- En el HMILA y en el CMILS hay un abordaje de la adolescente embarazada, sin embargo, mientras que en el primero hay iniciativas para una atención diferenciada, en el segundo no se lleva a cabo ninguna iniciativa.
- Para las usuarias, cualquier iniciativa que se implemente para garantizar su privacidad y bienestar resulta muy importante al momento de decidir no solo ir al servicio sino continuar con sus cuidados.

- En el HMILA las iniciativas para mejorar el acceso de las embarazadas adolescentes se han concentrado en: a) Acortar el camino que recorre la usuaria y buscar ofrecerle una atención directa a la consulta médica, evitando exponerla al recorrido de las demás usuarias no adolescentes. b) Promover la información y educación en SSSR con grupos de apoyo entre adolescentes embarazadas. c) Ofrecer una atención médica basada en un modelo de atención integral que incorpore el buen trato, confianza y una competencia técnica de calidad.
- A partir de estas iniciativas, en el HMILA los/as proveedores de salud y usuarias coinciden en mencionar que se ha mejorado el acceso de las adolescentes a las consultas médicas prenatales, pediátricas y la asistencia al parto, hay mayor interés para la prevención de un nuevo embarazo, se percibe menos ansiedad y miedos, y hay mayor participación en las consultas.
- Empero, la observación durante las consultas y entrevistas permite decir que el HMILA enfrenta limitaciones que afectan la consolidación de un abordaje integral y más sostenible.
- Estas limitaciones se relacionan con: a) La falta de institucionalidad del programa de atención diferenciada, con asignación de recursos y exigibilidad para el cumplimiento del mismo. b) Debilidades en la competencia técnica para el abordaje de la adolescente, principalmente la ausencia del abordaje integral de la sexualidad que vincule el embarazo con la anticoncepción, ITS, VIH, CCU y otros. Las consultas están centradas en la maternidad. c) Falta de un programa educacional y de orientación, con enfoque de DSDR y de género. d) Un modelo centrado en la consulta externa y no en otras salas de internación y emergencias, por donde acceden otras adolescentes con hemorragias del primer semestre del embarazo y para el parto. e) No todos los/as proveedores comparten los enfoques y posibilitan el ejercicio de derechos, prevalecen censuras y actitudes que cuestionan a las adolescentes embarazadas. f) Poca participación y apoyo de las redes sociales a la iniciativa.
- Por otra parte, en el CMILS, al no incorporarse ninguna iniciativa para la atención a la adolescente embarazada, es notorio que las usuarias adolescentes que llegan al servicio siguen el mismo recorrido que cualquier mujer embarazada.
- El tratamiento que reciben durante su atención es la de mujer “adulta” y “soltera”, con las connotaciones sociales y responsabilidades que estas condiciones acarrearán para la adolescente.
- Se otorga mayor importancia a las atenciones de salud del adulto mayor y a las consultas infantiles.
- Las usuarias entrevistadas aluden el largo tiempo de espera, además del miedo y el temor que sienten cuando consultan. Las que llegan a este centro de salud es porque no encontraron otra alternativa.

- Los/as proveedores de salud son conscientes de esta situación y no eluden el problema, sin embargo, hay la tendencia a pensar que la solución es una infraestructura específica para las adolescentes, un personal capacitado y recursos económicos para el mismo.
- Es notorio que en la zona Lotes y Servicios sobresalen las organizaciones comunitarias, como espacios importantes para generar acciones educativas de prevención y apoyo a los/as adolescentes. El interés de acciones integrales y conjuntas de estas organizaciones se ve limitado, al no tener un vínculo efectivo con el servicio de salud y no contar con el apoyo de instancias municipales y regionales de salud.
- Los resultados del diagnóstico en los dos servicios de salud, aun con sus diferencias, muestran que el abordaje a la atención de la adolescente embarazada es muy débil. Hay una tendencia a considerar y tratar a las adolescentes como adultas por el hecho de ser madres, que aunado a la condición de “solteras”, implica una serie de responsabilidades y roles que ellas no están preparadas para asumir.
- Existe la necesidad de profundizar en las construcciones de la adolescencia y la sexualidad. Son necesarias pero no suficientes las adecuaciones que los servicios hacen al respecto. Es importante una reflexión más profunda relacionada con el cambio de actitudes hacia el abordaje de la sexualidad.

c) La influencia del contexto social y cultural en la prevención, apoyo y proyecto de vida de las adolescentes embarazadas.

Las entrevistas y grupos focales a adolescentes embarazadas y sus redes sociales permiten plantear lo siguiente:

- Los/as adolescentes participantes de la investigación habitan en zonas urbanas y peri urbanas, cuya población es predominantemente aymara migrante, de varias generaciones, que están dedicadas al comercio formal e informal, combinado con actividades agrícolas para el auto consumo en sus comunidades de origen.
- El marco de protección social a las adolescentes embarazadas se ve limitado por la fuerza del estigma en todos los ámbitos: Abandono o interrupción de los estudios, en el mejor de los casos continúan en colegios nocturnos. Incorporación a la economía familiar (comercio) y otorgación de responsabilidades de mujer adulta. Deterioro de las relaciones familiares, el padre se siente ofendido y agrede a la madre y a la hija. Es casi un designio, se repite la experiencia de la madre. Se reproducen las inequidades de género, al final los hombres adolescentes no asumen ninguna responsabilidad. Aunado a este contexto, la desinformación sobre la anticoncepción, los DSDR y el poco acceso a servicios de salud, contribuyen a que el embarazo en la adolescencia en los lugares estudiados se viva como un conflicto. La situación empeora cuando el embarazo es producto de violencia sexual.

- Aunque el embarazo en adolescentes en los lugares de estudio es percibido como un problema, las acciones de prevención del mismo son escasas, poco integradas y no cuentan con apoyos institucionales.
- Las familias también pasan por un proceso inicial de rechazo, cuestionamiento y crítica, pero en la mayoría de los casos terminan por aceptar a las adolescentes embarazadas, ayudarlas y asumir las responsabilidades. En estos procesos son las mujeres, principalmente madre e hija, las que asumen la responsabilidad como también la culpa del embarazo. Los hombres, representados por el padre de la hija y la pareja, se encargan de reforzar estas ideas, estigmatizándolas con el abandono o rechazo.
- Son pocas las parejas de las adolescentes que asumen la responsabilidad del embarazo, en la mayoría de las situaciones las parejas son también adolescentes con poca diferencia de edad.
- La prevención de un segundo o subsecuentes embarazos, es un tema poco abordado por todas las instancias. Nuevamente se destaca el hecho de evitar hablar de la sexualidad y sus implicancias. Las mismas adolescentes que no quieren un segundo embarazo no usan las alternativas para evitarlo, y no tienen información clara al respecto. Los diálogos sobre sexualidad y DSDR están ausentes en las instancias educativas.
- El rol de la escuela o colegios frente al embarazo en adolescentes, está ausente en las entrevistas a los/as diferentes sujetos consultados.
- Cuando se habla del proyecto de vida o hacia el futuro, las adolescentes tienen muchas expectativas, principalmente seguir estudiando, pero tiene una responsabilidad prioritaria para ellas: asumir la maternidad, ser buenas madres y cuidar a su hijo o hija.

5. CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos se concluye que el abordaje del embarazo en la adolescencia, tanto en los servicios de salud como en los contextos familiares y sociales, debe incluir una discusión más amplia sobre:

- a) *La construcción social y cultural de la adolescencia:* El estigma social sobre el embarazo en la adolescencia está asociado al hecho de ser adolescente.
- b) *La sexualidad en la adolescencia:* Los servicios de salud y los contextos familiares y sociales evitan hablar de la sexualidad.
- c) *La autonomía y capacidad de toma de decisiones de las adolescentes:* El embarazo en la adolescencia devela la vulnerabilidad y el poco margen que las adolescentes tienen para fortalecer su autonomía.

El estudio ofrece una serie de recomendaciones, visibilizando la importancia de trabajar en diferentes ámbitos con acciones concretas para desestigmatizar el embarazo en la adolescencia. Sin embargo, estas acciones no tendrán efecto si no son concebidas y trabajadas con los/as propios adolescentes.

Es importante trabajar en la construcción de la adolescencia y los significados de la sexualidad en los servicios de salud. Las normativas respecto a la consideración de lo que es ser adolescente todavía no son claras, hay diferencias en el Código Niña, Niño, Adolescente, en las normas del Ministerio de Salud y Deportes y en la reciente Ley de Juventudes. Categorías que también contrastan con las construcciones culturales de la adolescencia. La falta de políticas claras al respecto tampoco permite avanzar efectivamente en los abordajes hacia la adolescencia, sobre todo cuando la adolescente se encuentra embarazada y asume la categoría de “madre”.

INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde a la investigación *Embarazo en adolescentes: Diagnóstico sobre el acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto*. Esta surgió de una propuesta de investigación desarrollada el año 2010 por el Postgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA), en el marco del “Grant” (Long-term Institutional Development-LID) con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (RHR-WHO), la cual fue presentada al Comité Científico (Scientific Peer Review) y aprobada para su ejecución a finales de 2011.

La investigación se desarrolló entre agosto de 2012 y agosto de 2013, teniendo como interés central contribuir al mejoramiento en la atención, educación y prevención del embarazo en adolescentes, brindando insumos para las políticas y programas públicos de salud materna, en un contexto de derechos y equidad de género.

Los objetivos que guiaron la investigación fueron: Identificar los motivos que influyen en las adolescentes embarazadas para que decidan asistir a los servicios públicos de salud, o acudan a formas alternativas de la medicina. Por otra parte, diagnosticar la atención que se les brinda en los servicios de salud. Y, finalmente, conocer los factores sociales y culturales que influyen en las decisiones de las adolescentes y de sus redes sociales para los cuidados del embarazo, así como el acceso a la información y prevención del mismo.

Lo anterior implicó realizar la investigación desde un enfoque cualitativo en dos servicios públicos de salud de la ciudad de El Alto: el Hospital Materno Infantil Los Andes y el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios, además de los ámbitos comunitarios en donde viven y actúan las adolescentes y sus redes sociales (familia, educadores, pareja y líderes comunitarios), quienes tienen influencia a la hora de decidir sobre los cuidados del embarazo. Es importante mencionar que se utilizaron diferentes técnicas metodológicas cualitativas (entrevistas, grupos focales y diagnósticos), y en todos los casos se aplicaron consentimientos

informados, los cuales fueron revisados por los Comités de Ética de Bolivia y de la Organización Mundial de la Salud.

El documento está organizado en cinco capítulos. El primero, muestra el contexto del embarazo en adolescentes en Bolivia y, específicamente, en la ciudad de El Alto. El segundo, se concentra en explicar de manera detallada cómo se ha diseñado metodológicamente la investigación. El tercero es la parte central del documento porque contiene los hallazgos fundamentales del trabajo realizado. Los dos últimos capítulos están concentrados en realizar una discusión a partir de los hallazgos y, finalmente, plantear las conclusiones y recomendaciones de la investigación para orientar acciones futuras efectivas en relación al embarazo en adolescentes.

I. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN BOLIVIA

A partir de la revisión de las fuentes bibliográficas, en este capítulo se mostrará el escenario de las adolescentes embarazadas primero en Bolivia y luego específicamente en la ciudad de El Alto, para después exponer un mapeo normativo y de políticas públicas que beneficia a este sector de la población.

1. CONTEXTO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN BOLIVIA

1.1 El escenario social, cultural y económico de los/as adolescentes

Bolivia tiene una población joven con una edad mediana de 21 años. Proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que hacia el 2011 de los 10.624,500 de habitantes, el 31% correspondía a adolescentes y jóvenes, con edades entre los 10 y 28 años. Asimismo, del porcentaje mencionado el 36% serían adolescentes de entre 10 y 14 años (Ministerio de Autonomías/UNFPA 2013).

Lo dicho encuentra concordancia con los datos del Censo 2001, allí la población total del país era de 1.900,021 de habitantes, de los cuales el 23% tenía de 10 a 19 años de edad, de esta cifra el 49,3% correspondía a mujeres y 50,7% a hombres. Además, el 65% vivía en el área urbana y el 35% en el área rural (INE 2001).

Investigaciones actuales indican que medio millón de adolescentes y jóvenes, de entre 10 y 24 años, viven en la pobreza extrema. Esta pobreza afecta, sobre todo, a quienes son mujeres, habitan zonas rurales y son de origen indígena (Salinas y Castro 2011).

La tasa de analfabetismo en población de 18 años es del 15%, correspondiendo el 19,4% a mujeres y 6,9% a hombres. Además, en las zonas rurales el analfabetismo femenino (37,9%) es más alto que el masculino (14,4%) (*Ibidem*).

En relación con el empleo, los/as adolescentes de entre 14 y 17 años de edad han hecho su ingreso al mercado laboral en ambientes informales, sujetos a relaciones de abuso y explotación y afectando su derecho a estudiar (27% en el área urbana y 34% en el área rural). Asimismo, los/as adolescentes de entre 15 a 19 años y jóvenes de 20 a 24 años registran los mayores niveles de desempleo (18,2 y 11,6% respectivamente). También, quienes acceden a un trabajo lo hacen cumpliendo funciones de trabajador no calificado (43%), limitándose su derecho a un empleo digno (Ministerio de Salud y Deportes 2010a).

La familia y las instituciones públicas, sobre todo estatales, están deslegitimadas y no captan la atención de los/as adolescentes y jóvenes, por lo que buscan espacios de información y educación entre sus pares, redes sociales e informáticas, que no siempre están bien informadas, actualizadas, exponiéndolos a conductas de riesgo.

En este contexto de los/as adolescentes y jóvenes hay un problema de fondo, una sociedad adulto-centrista que no los reconoce de manera efectiva como sujetos de derechos, capaces de participar activamente en resolver las problemáticas que les afectan. Ellos/as son vistos como sujetos “dependientes”, “no productivos” e “irresponsables”.

1.2 El escenario del embarazo en adolescentes

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 2008 registró que de más de medio millón de mujeres de entre 15 y 19 años de edad, el 18% ya eran madres o estaban embarazadas (INE/Ministerio de Salud y Deportes 2008).

Por otra parte, datos del Censo de 2012 revelan que en Bolivia existen 37.741 madres con edades que oscilan los 15 y 18 años. Los mayores índices de madres adolescentes se registran en los departamentos de Santa Cruz (12.749), Cochabamba (6.497) y La Paz (6.471), en tanto que la menor incidencia está en Pando (993) y Oruro (1.176) (Calle 2014).

Si bien, entre 1975 y 2005, la tasa global de fecundidad general en la Subregión Andina descendió en más del 10%, en Bolivia la fecundidad en adolescentes se incrementó de 83 a 88 por mil. Esto hace que el país tenga una de las tasas más altas de embarazo en adolescentes no solo de América Latina sino también del Caribe (UNFPA 2011).

Llama la atención la situación de las mujeres del área rural, pues ellas alcanzan un promedio de 128 hijos por cada mil adolescentes, en tanto que en el área urbana se registra un promedio de 68 hijos por cada mil adolescentes (INE/Ministerio de Salud y Deportes 2008).

Además, 3 de cada 10 adolescentes del grupo más pobre es madre o está embarazada, frente a una de 10 del sector más rico. Asimismo, las adolescentes alguna vez embarazadas con

educación primaria (32%) son proporcionalmente 8 veces más de las que cursan educación superior (4%), teniendo menos probabilidades de salir de la pobreza (UNFPA 2011; Salinas y Castro 2011).

Lo dicho permite evidenciar que las adolescentes que están en mayor riesgo de embarazo son aquellas que viven en el área rural, tienen bajo nivel educativo y están en situación de pobreza. Al dato anterior se suma que la mitad de los embarazos en adolescentes suceden durante los 6 meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. Entre el 7 y 17% de los embarazos en adolescentes menores de 15 años se producen en contextos de violencia sexual. Y la proporción de mujeres de 15 a 19 años, agredidas física o sexualmente, alcanza el 29% (UNFPA 2011).

Continúa baja la utilización de métodos anticonceptivos por los/as adolescentes (4,6% métodos modernos y 23,3% tradicionales). Se observa que entre 2003 y 2008 la demanda insatisfecha de métodos disminuyó en todos los grupos etáreos, excepto entre los/as adolescentes (INE/Ministerio de Salud y Deportes 2003 y 2008). También la necesidad insatisfecha de anticoncepción es más alta en las adolescentes (38%) y las mujeres jóvenes de 20 a 24 años (27%) que el promedio nacional (20%) (Ministerio de Salud y Deportes 2010a).

2. CONTEXTO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ALTO

2.1 El escenario alteño

El Alto, desde 1985, es oficialmente una ciudad autónoma del Departamento de La Paz. Hacia 1952 contaba con 11.000 habitantes, en las siguientes dos décadas esta cifra aumentó en más del 100%, llegando a los 120.000 habitantes (Méndez y Pérez 2007). En el periodo intercensal 2001-2012 la población alteña aumentó de 649.958 a 848.840, por ello El Alto es la segunda urbe con más habitantes del país (Santa Cruz la primera con 1.453.549 y La Paz la tercera con 764.617 habitantes) (INE 2013; Candela 2013).

La ciudad de El Alto es un lugar estratégico para el asentamiento de migrantes rurales. Según el Censo 2001, el 74% de su población se identificaba como aymara, 6% como quechua y un 19% no se relacionaba con ningún pueblo originario (Méndez y Pérez 2007).

Por otra parte, en el Censo 2001 se registró que el 53% de los/as alteños tenía menos de 19 años y como el resto se dedicaban a actividades laborales informales. Al respecto, la Cámara Departamental de Industrias de La Paz indica que en El Alto funcionan 4.571 microempresas, mayoritariamente manufactureras, lo que permite afirmar que gran parte de la población encuentra opciones de trabajo lejos del control estatal (*Ibidem*).

El Centro Boliviano de Investigación y Acción Educativa (CEBIAE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizaron una investigación en la que participaron más de 3.000 estudiantes de 13 escuelas nocturnas del sistema educativo formal de la ciudad de El Alto. Los

resultados muestran que gran parte de los/as niños y adolescentes trabajan cuando no asisten al colegio. En el caso de las mujeres, son meseras, niñeras, trabajadoras del hogar o comerciantes. El estudio advierte que quienes trabajan como meseras están expuestas a espectáculos obscenos de adultos en estado de ebriedad. Por otra parte, los hombres son voceadores, albañiles, trabajadores del hogar o soldadores. Las actividades en construcción son altamente peligrosas y resultan ser un verdadero atentado a los derechos (CEBIAE/OIT 2012).

La Defensoría de la Niñez y la Adolescencia de la ciudad de El Alto manifiestan que el año 2011 atendió 5.021 casos de violencia, entre violaciones, abandonos y maltratos. Entre enero y marzo de 2013, los casos de maltrato fueron 551, por abandono 525 y por violación 196. Asimismo, se registraron 1.125 casos de asistencia familiar, 555 de guarda, 274 extravíos, 891 maltratos psicológicos, 172 abusos deshonestos y 231 abandonos del hogar. Estos datos reflejan el alto grado de vulneración de derechos que sufren niños, niñas y adolescentes (Defensoría de la Niñez y Adolescencia-El Alto 2013).

Un problema trascendental que afecta a los/as adolescentes y jóvenes alteños es el alto consumo de bebidas alcohólicas y drogas, lo cual sucede por los siguientes factores: 1) el acceso a bares que funcionan incluso las 24 horas y a puertas cerradas, 2) la facilidad para comprar bebidas alcohólicas y drogas en tiendas y puertas de colegios, y 3) la disgregación y disfunción familiar (GAM El Alto 2012).

Ante lo dicho, el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto elaboró las siguientes ordenanzas municipales, destinadas a mejorar la calidad de vida de jóvenes y adolescentes:

- *Ordenanza Municipal 143/2010: “Día de la no bebida”*. Durante las 24 horas de esta jornada se prohíbe la venta y el consumo de bebidas alcohólicas. Además el gobierno municipal deberá realizar campañas de información para la prevención del consumo de drogas y alcohol.
- *Ordenanza Municipal 226/2011: “Semana del bienestar juvenil”*. Se dispone que durante una semana la juventud y sus organizaciones pueden ocupar espacios públicos (teatros, museos, canchas deportivas, auditorios, etc.) en forma gratuita y libre, impulsando al desarrollo sano e integral de los/as jóvenes y fortaleciendo la recreación sana. También se dispone brindar atención gratuita en temas de salud de primer nivel y segundo nivel médico a jóvenes con capacidades diferentes y aquellos/as que se encuentran en situación de calle y/o vulnerabilidad.

La diferenciación de barrios

De acuerdo a Van Driel (2006), El Alto puede ser dividido en diferentes áreas. La Ceja es la más antigua, allí las condiciones de vida son relativamente buenas, cuenta con una diversidad de servicios públicos, aunque muchas de sus calles son congestionadas y sus aceras no son pavimentadas. Esta área tiene el carácter más urbano de El Alto, con familias de estatus social medio y medio alto. La Ceja se constituye en el centro económico de esta ciudad.

La parte norteña de El Alto –donde se ubican los lugares de interés para la investigación: la zona Los Andes y la zona Lotes y Servicios– es habitada por migrantes aymaras. Las personas trabajan en sus propios negocios o en las empresas industriales. Aquí también se encuentra uno de los espacios donde se desarrolla el mercado informal más grande de Bolivia, la Feria 16 de Julio.

La parte más nueva de la ciudad se sitúa al sur del aeropuerto, en ella se ubican diferentes tipos de barrios. Están aquellos con servicios públicos e inmigrantes de la clase media de La Paz, pero también hay nuevos barrios de trabajadores que llegaron recientemente de las áreas rurales.

Organizaciones sociales alteñas

El Alto cuenta con un tejido social importante debido a la presencia de numerosas organizaciones sociales y cívicas, federaciones, cooperativas, sindicatos, asociaciones y gremios. Entre las más destacadas están: la Federación de Juntas Vecinales (FEJUVE), la Central Obrera Regional (COR) y el Comité de Vigilancia. En la parte productiva se tiene a la Federación de Micro y Pequeños Empresarios (FERMIPE), que tiene inscritas a 15 asociaciones, entre las más importantes están la de carpinteros y la de confeccionistas.

La participación de los/as vecinos en las actividades de sus barrios es muy alta, debido a que han tenido que organizarse para poder contar con servicios básicos e infraestructura adecuada. Esta participación se practica a través de asambleas que son convocadas por las juntas vecinales, que a su vez pertenecen a la FEJUVE Distrital y a la FEJUVE Alteña. Otro dato importante es que, cada calle tiene un/a jefe de calle que la representa ante la junta de vecinos.

Organizaciones juveniles alteñas

Los/as adolescentes y jóvenes de El Alto en su mayoría han nacido en la ciudad, pertenecen a la “cultura aymara urbana”, combinando valores de la cultura de origen de sus padres (aymara) con la cultura urbana occidental. Los/as adolescentes entre 15 y 19 años comparten el mayor tiempo con sus amigos, asistiendo a discotecas de La Ceja, escuchando ritmos de música occidental como el tecno, el hip hop, la cumbia, la salsa o el reggaetón. Sin embargo, durante las fiestas tradicionales en El Alto o en los pueblos de origen de sus padres, muchos de ellos/as suelen bailar también danzas folklóricas indígenas (Van Driel 2006).

Hay gran cantidad de organizaciones juveniles, por lo que resulta difícil cuantificarlas. Hacia el 2003, Rodríguez indicaba que había entre 1.200 a 1.600 grupos juveniles, dedicados a actividades culturales, deportivas, musicales, sociales, parroquiales, pandillas y otras (mencionado en Méndez y Pérez 2007).

El primer referente de encuentro para los/as jóvenes es el colegio, luego están los espacios juveniles de las parroquias de la iglesia católica e iglesias evangélicas. También existen Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan apoyando a jóvenes y que ofrecen cursos

formativos, actividades artísticas, deportivas, entre varias. Finalmente, están los espacios deportivos, plazas y calles que congregan a la juventud.

Según Méndez y Pérez (2007), en el contexto descrito se conforman tres tipos de organizaciones de jóvenes y adolescentes:

- *Organizaciones en proceso de desarrollo:* Contemplan tribus urbanas y grupos juveniles, las cuales pueden tener de un mes a un año de vida.
- *Organizaciones en proceso de consolidación:* Aquí se ubican las agrupaciones juveniles que tienen entre uno a dos años de vida.
- *Organizaciones consolidadas:* Son las agrupaciones juveniles en proceso de institucionalización, éstas tienen más de dos años de existencia.

Una de las organizaciones juveniles más representativas a nivel nacional y a la cual se articulan varias agrupaciones de El Alto es el Comité de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (CAJPEA). Ésta es una articulación de organizaciones sociales, redes juveniles e instituciones aliadas, cuya misión es contribuir en la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) de adolescentes y jóvenes, por medio del acceso a servicios de atención integral diferenciada y del desarrollo de capacidades, fomentando la participación y control social, sin ningún tipo de discriminación. Realiza acciones de incidencia, logrando el acuerdo interministerial entre el Ministerio de Salud y Deportes, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Justicia, con el objetivo de que estas instancias entiendan que el embarazo en adolescentes no solo es un problema de salud pública, sino también una situación compleja, la cual necesita de una política nacional que garantice la SSSR de adolescentes y jóvenes de Bolivia.

2.2 El embarazo en adolescentes de El Alto

El año 2011, el Gobierno Autónomo Municipal de la ciudad de El Alto realizó una encuesta a 4.000 jóvenes de entre 13 y 18 años de edad, de los/as cuales 3.000 pertenecían a colegios y 1.000 eran independientes. La encuesta reveló 1.642 casos de mujeres que estaban o estuvieron embarazadas alguna vez, de las cuales 600 (36,5%) quedaron embarazadas luego de haber consumido bebidas alcohólicas y 400 (24%) concibieron producto de una violación, ya sea porque el agresor estaba ebrio o porque ellas fueron forzadas a tener relaciones coitales tras haber ingerido bebidas alcohólicas. Además, las cifras revelan que 330 (21%) se embarazaron al tener relaciones sexuales por “experimentar” y 200 (12%) porque querían formar hogares jóvenes. De los 1.642 embarazos en adolescentes identificados, 181 (11%) terminaron en aborto: 144 inducidos y 37 espontáneos (GAM El Alto 2012).

La Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008 revela que el 65% de las mujeres adolescentes y jóvenes encuestadas tuvieron experiencia de al menos un embarazo. La mitad de las adolescentes, comprendidas entre los 15 y 19 años, tuvieron un embarazo, además el 74% de estos embarazos fueron no deseados o no planificados. Asimismo, el embarazo y la

maternidad son mucho más frecuentes en adolescentes que tiene bajo nivel educativo y viven en condiciones de pobreza. Llama la atención que la tasa más alta de fecundidad (83%) y superior al promedio general se encuentra en la ciudad de El Alto (UNFPA 2009).

En El Alto se brinda atención en salud en 64 centros de primer nivel y 8 de segundo nivel, no existe ningún establecimiento de tercer nivel. Los servicios de salud se organizan en 5 redes de salud: Red Los Andes, Red Lotes y Servicios, Red Corea, Red Boliviano Holandés y Red Senkata. Cada una de ellas cuenta con servicios de primer y segundo nivel de atención, y trabajan con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO) y Seguro de Salud Para Adultos Mayores (SSPAM). El seguro que responde a la atención del embarazo en adolescentes es el SUMI, que atiende prenatal, parto y postparto y a menores de 5 años, también brinda atención sobre métodos de anticoncepción e infecciones de transmisión sexual en mujeres adolescentes.

Los datos del SERES (Servicio Regional de Salud) indican que en El Alto las usuarias adolescentes que atendieron sus embarazos en servicios públicos de salud en el año 2011 fueron 5.066 y en el 2012, 5.004. Este dato refleja que, aunque mínimamente, disminuyó la cantidad de usuarias, lo que hace pensar en la existencia de dificultades en el acceso a los servicios de salud.

A continuación se detallan los embarazos en adolescentes atendidos en las gestiones 2011, 2012 y parte de 2013 en las Redes de Salud de El Alto:

Cuadro 1
Número de embarazos en menores de 20 años en Redes de Salud de El Alto
(2011-2012 y parte de 2013)

GESTIÓN 2011													
REDES DE SALUD	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Total
CAJAS DE SEGURO EL ALTO	9	6	1	0	2	4	1	4	3	10	3	3	46
RED BOLIVIANO HOLANDES	150	155	124	102	120	154	76	95	107	104	102	105	1.394
RED COREA	115	120	120	102	115	110	100	121	95	81	132	92	1.303
RED DE SALUD SENKATA	78	70	52	58	37	70	49	56	42	54	27	28	621
RED LOS ANDES	113	132	115	150	97	105	84	98	71	74	116	79	1.234
RED LOTES Y SERVICIOS	33	32	40	36	28	38	50	42	32	36	49	52	468
TOTAL	498	515	452	448	399	481	360	416	350	359	429	359	5.066
GESTIÓN 2012													
REDES DE SALUD	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Total
CAJAS DE SEGURO EL ALTO	3	3	2	1	2	0	3	5	5	11	2	3	40
RED BOLIVIANO HOLANDES	95	164	95	44	103	98	105	187	114	152	121	92	1.370
RED COREA	106	114	90	50	123	129	115	164	117	118	89	94	1.309
RED DE SALUD SENKATA	23	28	29	7	42	43	31	38	31	27	32	21	352
RED LOS ANDES	126	140	111	97	146	102	147	112	89	119	107	104	1.400
RED LOTES Y SERVICIOS	55	57	25	16	47	32	56	55	43	57	52	38	533
TOTAL	408	506	352	215	463	404	457	561	399	484	403	352	5.004

GESTIÓN 2013													
REDES DE SALUD	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Total
CAJAS DE SEGURO EL ALTO	6	2	3	6	3	3	1	0	-	-	-	-	24
RED BOLIVIANO HOLANDES	193	98	143	195	117	106	104	113	-	-	-	-	1.069
RED COREA	132	102	121	152	95	117	145	129	-	-	-	-	993
RED DE SALUD SENKATA	35	21	27	20	12	16	25	18	-	-	-	-	174
RED LOS ANDES	155	91	98	117	82	99	101	98	-	-	-	-	841
RED LOTES Y SERVICIOS	70	31	54	64	73	42	64	58	-	-	-	-	456
TOTAL	591	345	446	554	382	383	440	416	-	-	-	-	3.557

Fuente: SERES-El Alto 2013.

El cuadro muestra que los embarazos de adolescentes atendidos en los lugares donde se realizó la investigación, Redes de Salud Los Andes y Lotes y Servicios, se incrementaron a diferencia de lo que sucedió en las otras redes de salud.

3. NORMATIVAS, POLÍTICAS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El reconocimiento de los derechos de los/as adolescentes y jóvenes por parte del Estado boliviano se ha dado desde la década de los 90, siendo el hito fundamental la promulgación del Código Niño, Niña y Adolescente (1999), que establece: “un régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña y adolescente con el fin de asegurarle un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional u social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia”. En ese sentido, también señala, de manera explícita, la protección del derecho de las adolescentes embarazadas a acceder a la educación: “Está prohibido rechazar o expulsar a las estudiantes embarazadas, cualquiera fuese su estado civil, debiendo la directora de la unidad educativa, fiscal, privada y de convenio garantizar la continuidad y culminación de sus estudios”.

Otro avance significativo ha sido el reconocimiento de los/as adolescentes y jóvenes en la nueva Constitución Política de Estado (CPE) (2009). Allí se plantea el respeto a sus derechos al desarrollo, identidad, equidad de género, satisfacción de necesidades, intereses, aspiraciones, a tener familia, a no ser discriminados, a contar con protección obligatoria del Estado, la sociedad y la familia, y a no ser objeto de violencia en cualquiera de sus formas. Además, se destaca que en la CPE son reconocidos los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) de los/as adolescentes y jóvenes.

En el marco de la CPE se desarrollan diferentes políticas públicas que favorecen a las adolescentes embarazadas, como el Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana (2009-2013), instrumento que visibiliza la importancia de trabajar con y para la población adolescente brindando atención integral en los servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud y a la prestación de servicios gratuitos en SSSR para adolescentes está garantizado en las políticas SUMI (2002 y 2005) y SAFCI (2008). Si bien estas medidas son positivas porque permiten la atención de las adolescentes embarazadas, no responden a otras necesidades de este grupo poblacional, principalmente anticoncepción, VIH/SIDA, ITS y sexualidad. Una situación importante se ha dado el año 2010, cuando el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) promulgó la Resolución Suprema N° 0941, declarando la última semana de septiembre de cada año como la semana de prevención del embarazo en adolescentes, con el objetivo de sensibilizar a tomadores de decisión y a titulares de derechos, para reducir los altos índices de embarazos no deseados.

Actualmente la Ley de la Juventud, aprobada el 2013, se constituye en el marco legal más importante para los/as adolescentes y jóvenes. En este contexto se destaca el rol de las organizaciones juveniles para incidir en la inclusión de un enfoque conceptual y marco de derechos acordes a sus necesidades y expectativas. Un resultado importante de esto es el cambio en la concepción etárea de ser joven, que ahora se concibe como una etapa de la vida que transcurre desde los 16 hasta los 28 años de edad, respondiendo al significado cultural de ser joven y a situaciones relacionadas con la transición demográfica y la participación social.

La mencionada Ley incluye principios de no discriminación, igualdad de género, diversidades e identidades culturales, religiosas, económicas, sociales y de orientación sexual, servicios de atención diferenciada, acción afirmativa, solicitar y recibir información y formación en todos los ámbitos de la salud, DSDR, libre asociación y participación social, entre otros.

Si bien hay un marco normativo y políticas favorables a las adolescentes embarazadas, todavía no se han generado cambios profundos en la cotidianidad de estas mujeres, sin embargo no dejan de ser logros para pensar en un mejor futuro. A continuación, se presenta un cuadro de las leyes y políticas más relevantes que benefician de este sector de la población:

Cuadro 2
Leyes y políticas que favorecen a las adolescentes embarazadas

MARCO NORMATIVO	
Ley N° 2026: Código niño, niña y adolescente (1999)	Garantiza el desarrollo integral en condiciones de igualdad y equidad a niños, niñas, adolescentes, así como el ejercicio de sus derechos, incluido el derecho a la salud. Especifica la atención gratuita y prioritaria de adolescentes madres, incluyendo la orientación médica, psicológica y social, así como el registro de casos.
Ley N° 2426: Seguro Universal Materno Infantil-SUMI (2002)	Su objetivo es reducir la morbimortalidad materno infantil. Garantiza la prestación gratuita a los/as niños menores de 5 años y a mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) hasta los 6 meses después del parto.
Ley N° 520: Ampliación del SUMI (2005)	La ley ampliatoria incluye la prevención del Cáncer Cérvico Uterino (CCU), el tratamiento de lesiones pre malignas, el suministro de métodos anticonceptivos y el tratamiento de ITS. Amplía las prestaciones y se orienta a mujeres de 5 a 60 años de edad.
Ley N° 3729: Ley para la prevención del VIH/SIDA y protección a las personas que viven con VIH/SIDA PVVS de Bolivia (2007)	Promueve garantizar los derechos y deberes de las personas viviendo con VIH/SIDA, como también del personal de salud y de la población en general.

Ley N° 3845: Convención Iberoamericana de la Juventud (2008)	Reconoce que los/as jóvenes son actores del desarrollo. El Estado se compromete a garantizar el ejercicio de todos los derechos relacionados a la juventud, incluyendo el acceso a una educación sexual libre de prejuicios, salud sexual y reproductiva y participación política.
Constitución Política del Estado (2009)	Reconoce a jóvenes y adolescentes como titulares de derechos, garantizando su protección y promoción y el interés superior de parte del Estado. Reconoce los derechos sexuales y derechos reproductivos, la equidad de género y sanciona la discriminación.
Decreto Supremo N° 0066: Bono Madre niño-niña "Juana Azurduy"-BJA (2009)	Instituye un programa de transferencias monetarias condicionadas, que tiene el objetivo de disminuir la mortalidad materna infantil y la desnutrición crónica de los/as niños menores de 2 años promoviendo controles integrales de salud.
Ley N° 031: Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez" (2010)	Reconoce las facultades departamentales y municipales en torno a la promoción de la juventud y respeto a sus derechos.
Ley N° 070: Ley de Educación "Avelino Siñani-Elizardo Pérez" (2010)	Asegura el acceso a la educación de las adolescentes embarazadas.
Ley N° 342: Ley de la Juventud (2013)	Su objetivo es lograr que los/as jóvenes alcancen una formación y desarrollo integral en condiciones de libertad, a través de políticas públicas en todos los niveles del Estado, construidas con los/as mismos jóvenes. Además, reconoce el ejercicio pleno de sus derechos.
Sentencia Constitucional Plurinacional N° 0206 y el Artículo 12.1 de la Ley del Tribunal Constitucional Plurinacional (febrero de 2014)	Elimina el requisito de la autorización de un/a juez o fiscal para acceder oportunamente a servicios de aborto seguro en casos donde es permitido por la Ley (violación, estupro, incesto, raptó no seguido de matrimonio, riesgo para la salud y la vida). Por tanto, la mujer tiene derecho a ser atendida en un centro de salud público o privado para practicarse un aborto a sola denuncia ante una autoridad pública competente. Asimismo, en caso de riesgo para la vida o la salud de la mujer, el diagnóstico del médico es suficiente para autorizar la interrupción legal del embarazo.
Ley N° 520: La Asamblea Legislativa Plurinacional fortalece las acciones a favor de la salud sexual y salud reproductiva (abril de 2014)	Declara el 4 de septiembre como el Día Nacional de la Educación Sexual y Reproductiva Responsable. Y establece que el Órgano Ejecutivo y las Entidades Territoriales Autónomas, en coordinación con las instituciones públicas y privadas involucradas, implementarán programas, campañas, ferias, talleres, seminarios de información integral, respetuosa y preventiva en cuanto a la educación en salud sexual y reproductiva responsable.
POLÍTICAS PÚBLICAS	
Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de los Adolescentes 2004-2008 (2004)	Se inscribe en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y de los sucesivos compromisos internacionales, para asegurar que los/as adolescentes sean reconocidos como sujetos de derecho, titulares de un conjunto de libertades y garantías que aseguren su protección integral, y se procuren espacios para su participación plena en la sociedad.
Decreto Supremo N° 29601: Salud Familiar Comunitaria e Intercultural-SAFCI (2008)	Política pública oficial del MSD que orienta el desarrollo de sus diferentes acciones. Busca eliminar la exclusión social en salud. Parte de 4 principios: participación social, interculturalidad, integralidad e intersectorialidad.
Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013 (2009)	Recupera los nuevos compromisos del milenio 2005, que incluyen el acceso de sssr para todos/as. Resalta la promoción y el acceso a servicios para hombres y las llamadas "personas especiales" (adultos mayores, adolescentes y personas con capacidades diferentes). También focaliza en la prevención de ITS/VIH/SIDA y la reducción de la tasa global de fecundidad en adolescentes.
Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materno Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015 (2009)	Su objetivo es reducir la mortalidad materna e infantil, para ello pretende la promoción de la salud materna y neonatal a través de procesos interculturales con enfoque de derechos, la movilización comunitaria y servicios de salud con adecuación cultural.
Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009- 2013 (2009)	Busca reducir la morbimortalidad por CCU, mediante la implementación de intervenciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en las etapas pre-neoplásicas y del cáncer. Amplía las coberturas en el sumo a las mujeres de entre 15 y 64 años de edad.
Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2013 (2009)	Marco de referencia para la promulgación de programas que atiendan la salud integral de adolescentes y jóvenes.

Decretos Supremos N° 1302 y 1320 para la Erradicación de la Violencia Sexual en las Unidades Educativas (2012)	Establece mecanismos que coadyuven a la erradicación de la violencia, maltrato y abuso que atente contra la vida e integridad física, psicológica y/o sexual de niñas, niños y adolescentes estudiantes. En el ámbito educativo, plantea el desafío de transformar las relaciones de poder y el ejercicio autoritario desde el cual se vulneran los derechos de los/as niños y adolescentes en las escuelas, y la impunidad de quienes cometen estos actos
--	--

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Castro *et al.* 2010, UNFPA 2011, Ministerio de Autonomías/UNFPA 2013, Ley N° 520/2014 y Sentencia Constitucional Plurinacional N°0206/2014.

II. DISEÑO Y ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo explica el punto de partida de la investigación, por qué se decidió realizarla, los objetivos y las preguntas que la guiaron y cómo se la construyó metodológicamente, lo mismo que el planteamiento ético que guió el trabajo de campo.

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El año 2010 el Postgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA), en el marco del “Grant” (Long-term Institutional Development-LID), en trabajo conjunto con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (RHR-WHO), presentó al Comité Científico (Scientific Peer Review) el protocolo de investigación *Embarazo en adolescentes: Diagnóstico sobre el acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto*.

El protocolo pasó por un amplio proceso de revisión, con sugerencias del Comité Científico orientadas, principalmente, a garantizar procedimientos éticos tanto en el abordaje como en la aplicación de los consentimientos informados a los/as diferentes participantes de la investigación.

El proyecto fue aprobado a finales del 2011 y, por diferentes situaciones administrativas y condiciones locales (paros intermitentes del sector salud), la investigación se inició en agosto del 2012.

La investigación se llevó a cabo en dos de las redes públicas de salud más importantes de la ciudad de El Alto: i) Los Andes y ii) Lotes y Servicios. Ambas redes comprenden diferentes urbanizaciones peri-urbanas y presentan contrastes en relación con la situación del embarazo en adolescentes.

La prevención del embarazo en adolescentes es una de las principales preocupaciones del gobierno boliviano, por su acelerado incremento en los últimos años. Por ejemplo, en 2011

subió de un 18% a un 25%, en grupos de edad de 12 a 18 años. Particularmente, las últimas normativas del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) han focalizado su atención en la salud materna de las adolescentes, para prevenir riesgos de morbilidad. El acceso y la atención de los/as adolescentes en los servicios de salud que, principalmente, brindan atención primaria, es considerada por el MSD una importante estrategia que, junto a otras, puede impactar en la prevención, educación y disminución de los riesgos de morbilidad materna y salud de este sector de la población.

En este sentido, el interés fundamental de este estudio radicó en observar la relación entre: servicios de salud y el embarazo en adolescentes, identificando los factores que inciden en las decisiones para el acceso, la atención y prevención. Los resultados de este tipo de estudios contribuyen brindando información para políticas públicas, y así tratar de manera más adecuada el abordaje y la prevención del embarazo en adolescentes, además de proponer insumos a diferentes instancias que abogan por el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) en el país.

2. PREGUNTAS Y OBJETIVOS

2.1 Propósito de la investigación

Contribuir al mejoramiento en la atención, educación y prevención del embarazo en adolescentes, brindando insumos tendientes a fortalecer y guiar políticas y programas públicos de salud materna, en un contexto de derechos y equidad de género.

2.2 Preguntas de la investigación

- ¿Cómo es el acceso de las adolescentes embarazadas (15-19 años) a los servicios públicos y a otras alternativas para la atención y cuidados del embarazo en zonas periurbanas de El Alto?
- ¿Cómo es la calidad de atención para las adolescentes embarazadas que acuden a servicios públicos de salud?
- ¿Qué factores están asociados con la toma de decisiones de las adolescentes embarazadas y sus redes sociales en torno a los cuidados, educación y prevención del embarazo en adolescentes?

2.3 Objetivos de la investigación

- Identificar los motivos para acceder a los servicios públicos y a otras alternativas para la atención y cuidados del embarazo en adolescentes (15-19 años) en zonas peri urbanas de El Alto.

- Diagnosticar la calidad de atención de los servicios que reciben a adolescentes embarazadas en redes públicas de salud.
- Conocer los factores que inciden en las decisiones de las adolescentes embarazadas y de sus redes sociales para los cuidados, educación y prevención del embarazo en adolescentes.

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se organizó en tres fases: 1) Diseño metodológico. 2) Recolección de información y procedimientos éticos. 3) Procesamiento de los resultados, análisis y elaboración de informe. Estas fases estuvieron acompañadas por reuniones (o talleres) de abogacía, para comunicar sobre el proceso de la investigación a diferentes actores y tomadores de decisión.

Gráfico 1
Fases de la investigación



Fuente: Elaboración propia.

3.1 Diseño metodológico

Para responder a las preguntas y cumplir con los objetivos de la investigación, se diseñó una metodología cualitativa que permitió trabajar el tema de interés en los servicios de salud y con los/as diferentes sujetos. El diseño de cada una de las herramientas de recolección de información partió de categorías previamente establecidas, vinculadas con la calidad de la atención en los servicios de salud y con las opiniones, percepciones y valoraciones que tienen tanto las adolescentes embarazadas como sus redes familiares y sociales de las que son parte.

La investigación se concentró inicialmente en un Hospital de la Red de Salud Los Andes, posteriormente, como parte de las negociaciones con el Servicio Departamental de Salud (SERES), se incluyó también a un Centro de Salud de la Red Lotes y Servicios. Es importante mencionar

que ambas redes de salud son referencia en la ciudad de El Alto. El abordaje cualitativo también cubrió las zonas o los barrios donde habitan las adolescentes que acudían o no a estos servicios de salud.

Los/as sujetos de investigación, principalmente, fueron las adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad que asistían o no a los servicios públicos de salud en áreas urbanas de la ciudad de El Alto. En este grupo fueron incluidas adolescentes embarazadas en el momento de la investigación o que lo estuvieron año previo a la misma. El periodo de edad fue seleccionado a partir de los datos ofrecidos por el MSD sobre la edad en donde se concentra el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas.

Para profundizar en los contextos sociales y culturales de las adolescentes, así como en los factores que influyen sus decisiones respecto a los cuidados de su embarazo, se incorporaron a otros/as sujetos vinculados a ellas, que en el estudio fueron denominadas como redes sociales (familia, educadores, pareja y líderes comunitarios).

En los servicios de salud, se aplicó un diagnóstico cualitativo enfocado en la calidad de atención de servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR). Este diagnóstico fue desarrollado por REPROLATINA¹ para determinar la situación de la calidad de la atención en salud materna, VIH/SIDA y adolescentes en Brasil. Este tipo de diagnóstico ya fue aplicado antes en Bolivia, en colaboración con el MSD, UNFPA y Population Council, para servicios de planificación familiar. El diagnóstico comprendió la aplicación de guías de observación del servicio, del recorrido de usuarias y de la competencia técnica en la consulta.

Asimismo, en los servicios de salud se aplicaron entrevistas a las adolescentes después de alguna consulta médica, como también a directores y jefes de programa. Además, grupos focales con proveedores de salud y personal administrativo.

Para las adolescentes embarazadas y sus redes sociales fuera de los servicios de salud se aplicaron entrevistas en profundidad y grupos focales.

El siguiente cuadro resume, en función a los objetivos planteados, las metodologías y categorías utilizadas en la investigación.

1 REPROLATINA (Soluções Inovadoras em Saúde Reprodutiva), es una ONG internacional de Brasil. Tiene como objetivo principal fortalecer la capacidad de los sistemas públicos de salud para que implementen programas que mejoren el acceso y la calidad de la atención en anticoncepción y otros componentes de la SSSR, construyendo una competencia técnica que garantice su sustentabilidad y expansión en gran escala.

Cuadro 3
Estrategias metodológicas y categorías de la investigación

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	SUJETOS	CATEGORÍAS
Identificar los motivos para acceder a los servicios públicos y a otras alternativas para la atención y cuidados del embarazo en adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos focales 2. Entrevistas en profundidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes embarazadas que acceden o no a un servicio de salud • Redes sociales (Familiares, educadores, líderes comunitarios) 	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre servicios de SSSR y sobre derechos en SSSR (qué, quién, cómo) • Búsqueda de atención: dónde, qué, cuándo, cómo • Razones de la preferencia en el acceso: por qué • Expectativas sobre servicios: qué esperan. • Decisiones: quién toma las decisiones en la búsqueda de atención (pareja, familia, amigas, otros)
Diagnosticar la calidad de atención de los servicios que atienden a adolescentes embarazadas en redes públicas de salud ⁴	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guías de observación en servicios 2. Guías de flujo de usuarias 3. Guías de competencia técnica 4. Entrevistas semi estructuradas 5. Entrevistas a actores clave 6. Grupos focales 7. Recolección de estadísticas accesibles y disponibles sobre la atención de las adolescentes embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambientes/áreas de interacción • Adolescentes embarazadas o con un hijo/a menor de un año antes y después de la consulta • Proveedores de salud • Personal administrativo • Actores clave (directores, gerentes, autoridades, entre otros) 	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo de usuarias • Disponibilidad de servicios • Orientación • Información y educación • Abordaje de género • Competencia técnica en abordaje a la adolescente embarazada • Relaciones interpersonales • Integralidad de servicios en SSSR • Referencias y contra referencias • Coordinación y supervisión • Relacionamiento con redes sociales y grupos de apoyo
Conocer los factores que inciden en las decisiones de las adolescentes embarazadas (15-19 años) y de sus redes sociales para los cuidados, educación y prevención del embarazo en adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos focales 2. Entrevistas en profundidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes embarazadas que acceden o no acceden a un servicio de salud. • Redes sociales (Familiares, educadores, líderes comunitarios) • Hombres pareja o padres adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones/valoraciones sobre el embarazo en adolescentes • Conocimiento y percepciones sobre la calidad de atención de los servicios públicos de salud • Toma de decisiones para el acceso a cuidados y atención del embarazo • Redes sociales de apoyo en torno al embarazo en adolescentes • Relaciones de género • Proyecto de vida • Contexto sociocultural: población, migración, escolaridad, actividades económicas, salud, entre otras.

Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas semi estructuradas y en profundidad fueron conducidas individualmente por las dos investigadoras responsables de la investigación. Se contó con guías de preguntas, abiertas y cerradas, de manera que las respuestas pudieran ser anotadas en el mismo cuestionario. En el caso de las entrevistas en profundidad, se tomaron las respuestas en los cuadernos de campo, pero también se acudió a las grabaciones para completar o ampliar las notas textuales. Las entrevistas no fueron transcritas en forma detallada.

Los grupos focales fueron conducidos por las dos investigadoras responsables, actuando como facilitadoras y anotadoras, en un intercambio de roles. Se contó con una guía de preguntas abiertas, motivadoras para generar la participación. Se tomó nota de las participaciones

² En este punto se adecuaron las guías para el diagnóstico de la calidad de atención realizadas por REPRO-LATINA, Brasil.

cuidando las diferencias, diversidad de opiniones, sesgos de género y responsabilidades. Se grabó las discusiones generadas en los grupos focales, con la finalidad de complementar las notas tomadas durante el desarrollo de las mismas.

La observación no participante en los servicios de salud estuvo guiada por registros para observar las interacciones en diferentes espacios, como la recepción, sala de espera y consulta. Se priorizó la consulta externa. Se tomaron notas en los registros, y en los cuadernos de campo las apreciaciones personales de cada investigadora.

Número y criterios de selección de lugares y sujetos participantes

De acuerdo a los objetivos de la investigación y al enfoque cualitativo con el que se trabajó, se combinaron criterios sistemáticos para proponer una comprensión en profundidad y garantizar la credibilidad por la dinámica relacional de la investigación.

La selección de los servicios de salud y los barrios donde viven las personas entrevistadas obedeció a criterios sobre la importancia de la Red de Salud seleccionada para el acceso de adolescentes embarazadas. A los lugares elegidos acceden personas de estratos populares que, de acuerdo con la información secundaria revisada, pertenecen a quintiles de bajos recursos económicos y educativos, presentándose tasas altas de embarazo en adolescentes

Para la participación de los/as sujetos en la investigación se elaboraron criterios de inclusión y exclusión, como la edad de las participantes, las funciones y cargos de los/as proveedores de salud, la aceptación del consentimiento informado y la voluntad de participar.

Los siguientes cuadros muestran el número de instrumentos aplicados por cada herramienta metodológica considerada en la investigación, tomando en cuenta i) los servicios de salud de interés y ii) los/as destinatarios:

Cuadro 4
Herramientas metodológicas aplicadas en los servicios de salud

SERVICIO DE SALUD Y TIPO DE HERRAMIENTA METODOLÓGICA	NÚMERO APLICADO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOS ANDES	
Guía de observación para unidad de salud	1
Flujo de usuarias en la unidad de salud	10
Guía de observación del tiempo en la consulta	5
Guía de observación competencia técnica en la consulta	7
Entrevista semi estructurada para adolescentes después de la consulta	15
Grupo focal con personal administrativo	1
Grupo focal con proveedores de salud	1
Entrevista director hospital	1
Entrevista jefa de enfermería	1
Entrevista jefe de programas y servicios	1
Entrevista gerente de Red Los Andes	1

CENTRO MATERNO INFANTIL LOTES Y SERVICIOS	
Guía de observación de la unidad de salud	1
Flujo de usuarias en la unidad de salud	10
Guía de observación del tiempo en la consulta	3
Guía de observación competencia técnica en la consulta	7
Entrevista semi estructurada para adolescentes después de la consulta	10
Grupo focal con personal administrativo	1
Grupo focal con proveedores de salud	1
Entrevista director centro de salud	1
Entrevista jefa de enfermería	1
Entrevista gerente de Red Lotes y Servicios	1

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5
Tipo de herramienta metodológica y destinatarios

METODOLOGÍA	NÚMERO APLICADO
ADOLESCENTES EMBARAZADAS	
Entrevistas en profundidad a adolescentes embarazadas o que tienen un/a hijo/a menor a un año (adolescentes que van y no van a los servicios de salud)	20
Grupo focal con adolescentes embarazadas en la zona Los Andes	1
Grupo focal con adolescentes embarazadas en la zona Lotes y Servicios	1
REDES SOCIALES	
Grupo focal con padres/madres	1
Grupo focal con junta de vecinos y profesores	1
ADOLESCENTES HOMBRES	
Entrevistas en profundidad	6
OTROS/AS ACTORES CLAVE	
Entrevista responsable del Programa Niño, Escolar y Adolescente SERES-El Alto	1
Entrevista responsable del Programa Niño, Escolar y Adolescente SEDES-La Paz	1
Entrevista responsable Adolescencia y Juventud. Gobierno Autónomo Municipal El Alto	1

Fuente: Elaboración propia.

Algunas características de la población entrevistada

Adolescentes embarazadas

Las adolescentes que participaron en las entrevistas tenían las siguientes características generales:

- La edad promedio era de 17 años.

- La mayoría hablaba castellano y aymara, con menor frecuencia el quechua.
- Eran hijas de padres y madres migrantes.
- Sus parejas eran también adolescentes o jóvenes. Solo una de ellas tenía una pareja 12 años mayor. Durante el embarazo o después del nacimiento de su bebé la mayoría continuaba viviendo con su padre, madre u otros familiares.
- Una parte de ellas vivían en pareja, pero en casa de sus padres o suegros. Únicamente 2 de las entrevistadas vivían solo con su pareja: una adolescente con una pareja que le llevaba varios años de edad, y el caso de dos adolescentes de 18 y 19 años que decidieron independizarse.
- La mayoría de los padres y las madres de las adolescentes estudiaron solo hasta la primaria, y estaban dedicados al comercio y a actividades agrícolas en sus comunidades de origen. Eran pocos los/as que cursaron el bachillerato, algunos/as eran profesores normalistas.
- Las adolescentes que estaban embarazadas estudiaban, por lo general, en la tarde o noche.
- Entre las adolescentes que ya eran madres, pocas continuaron sus estudios. Algunas trabajaban, otras combinaban el estudio con el trabajo, y muy pocas eran exclusivamente amas de casa.
- Casi todas las entrevistadas asumían responsabilidades de trabajo en el hogar donde vivían y con la familia o parientes que las apoyaban. Aquellas que trabajaban atendían karaokes, discotecas o puestos de venta de sus madres, confeccionaban mantas y polleras, eran cocineras, empleadas domésticas o trabajadoras sexuales.

Cuadro 6
Otras características de las adolescentes entrevistadas

Edad promedio	Estudia	Trabaja	Estudia y trabaja	Con quién convive					Nº de hijos/as		
				Padre y madre, uno de sus padres o algún pariente	Pareja	Con su pareja en casa de padres/suegros	En situación calle/ con amiga	Sola	Embarazada actualmente	1	2 o más
17	10	6	4	9	2	6	1	1	12	6	2

Fuente: Elaboración propia.

Las adolescentes que participaron en los grupos focales tenían las siguientes características:

- La edad promedio era de 17 años.
- No todas estaban embarazadas, pero cursaron alguna vez un embarazo.

- La mayor parte de ellas eran madres por primera vez y vivían con sus padres, madres o algún familiar, solamente dos vivían con sus parejas.
- Gran parte de ellas continuaban estudiando, algunas combinaban el estudio con el trabajo, solo una se dedicaba exclusivamente a trabajar.
- Además de estudiar ayudaban en los quehaceres del hogar: lavar ropa, cocinar, limpiar, cuidar a los/as hermanos menores. Algunas, de vez en cuando, salían con alguna amiga a pasear, caminar o visitar el Internet.

Hombres adolescentes

Los hombres entrevistados tenían las siguientes características generales:

- La edad promedio era de 18 años.
- Todos tenían parejas que estaban embarazadas e iban a ser padres por primera vez.
- La mayor parte continuaba viviendo con su padre, madre o algún familiar, tan solo uno vivía con su pareja.
- Muchos de ellos continuaban estudiando, algunos trabajaban y estudiaban al mismo tiempo.

Redes sociales

Las personas que participaron en los grupos focales tenían las siguientes características generales:

- La mayoría eran mujeres con edades que oscilaban entre 27 y 53 años.
- La mayor parte eran integrantes de la juntas de vecinos o la Comunidad Local de Salud (COLOSA) de su zona, y algunos/as formaban parte de la junta escolar del colegio de su hijo/a.
- Algunos/as eran profesores de colegios del lugar.

3.2 Recolección de la información y procedimientos éticos

Tanto las entrevistas como los grupos focales se llevaron a cabo en ambientes privados, previamente seleccionados y autorizados por las responsables de los servicios de salud, o en lugares elegidos por los/as entrevistados. Las investigadoras se aseguraron que estos ambientes tuvieran privacidad, y que no generaran conflicto de intereses en las adolescentes y otros/as entrevistados.

Como ya se dijo, se solicitó a las autoridades de los servicios de salud ambientes privados para ser utilizados durante las entrevistas y grupos focales, a pesar de las dificultades de la infraestructura de los establecimientos de salud, éstos fueron brindados durante el desarrollo de la investigación.

Los diagnósticos realizados en los servicios de salud y los barrios circundantes a las zonas de estudio fueron conducidos por las investigadoras responsables. Además, se integró al equipo una educadora de la ciudad de El Alto, quien ya tenía un trabajo importante con adolescentes y jóvenes, por tanto, ayudó a facilitar el acceso a las adolescentes embarazadas.

Por otra parte, la presencia de las investigadoras por tiempos muy limitados y discontinuos no generó conflictos en los servicios de salud. Aunque al inicio del proceso gran parte de los/as proveedores de salud se resistió a colaborar con la investigación porque pensaban que tendrían que dedicarle mucho de su tiempo, interrumpiendo así sus jornadas laborales. Después de darse cuenta que no era un proceso invasivo se pudo contar con su colaboración.

Para las entrevistas a las usuarias en los servicios de salud, se procedió a identificar las edades de las adolescentes que llegaban para una consulta, esto se hizo en el área de recepción de los servicios de salud. Una vez que se identificaban a las usuarias, una trabajadora social del servicio de salud se acercaba a ellas para solicitarles la entrevista, cuando la invitación era aceptada, se aplicaba el consentimiento informado para tener la aceptación formal de la entrevista. Una vez que el consentimiento era firmado, se disponía de un consultorio en el área de consulta externa para la entrevista. Cuando la adolescente estaba acompañada de su madre, pareja o familiar, y si era menor de edad, se procedía a obtener el consentimiento de la madre o acompañante, previa aceptación de la adolescente.

En los barrios o vecindarios, el proceso de garantizar la privacidad y confiabilidad a las adolescentes fue más complicado de lo que se esperaba. Esta fue una de las razones para que la recolección de información tomara más tiempo del previsto. En síntesis, las entrevistadas aceptaban inicialmente, sin embargo, después no llegaban a la cita pactada, por tanto se iniciaba nuevamente la búsqueda de entrevistadas. Abordar a los padres y madres de familia para que autorizaran las entrevistas a las adolescentes menores de 18 años de edad, también significó un proceso largo. En todos los casos, las entrevistas contaron con un consentimiento, sin forzar o intermediar alguna decisión.³

Para cada uno de los/as participantes de la investigación se llenaron formas de consentimiento informado, como requisito indispensable para la aplicación de entrevistas y grupos focales. Las formas de consentimiento de las que se dispuso fueron las siguientes:

- Tres formas de consentimiento informado para adolescentes embarazadas, utilizadas ya sea en las entrevistas en profundidad, semi estructuradas o en los grupos focales. Cuando las adolescentes eran menores de 18 años y si estaban a cargo de sus padres, madres o

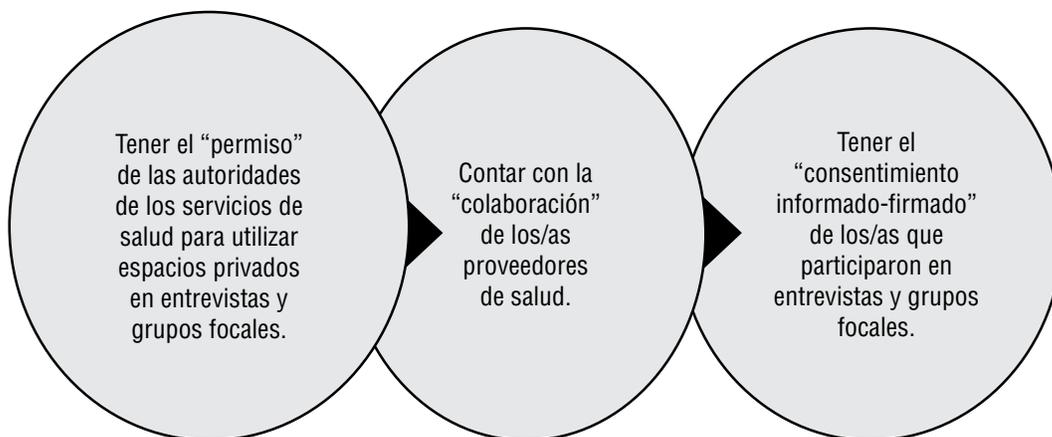
3 Para tener mayor referencia sobre este proceso véase: Anexo N° 2 Herramientas metodológicas.

tutores, se incluía en el consentimiento una sección en donde la persona responsable daba su aprobación para realizar la entrevista. Sin embargo, la entrevista se hacía solo a la adolescente, en un espacio privado.

- Dos formas de consentimiento informado para proveedores de salud que participaron en grupos focales o en entrevistas semi estructuradas.
- Una forma de consentimiento informado para participantes de grupos focales que eran miembros de redes sociales.
- Una forma de consentimiento informado para hombres adolescentes que participaron en las entrevistas en profundidad. Cuando el adolescente era menor de 18 años, y si estaba a cargo de su padre, madre o tutor, se incluía en el consentimiento una sección en donde el responsable daba su aprobación. Para el desarrollo de la entrevista siempre se cuidaba de realizarla en un espacio privado.

Cada uno de los consentimientos informados y firmados por los/as participantes de la investigación, se encuentran archivados en las oficinas de la institución responsable de la investigación.

Gráfico 2
Aspectos éticos claves en la investigación



Fuente: Elaboración propia.

3.3 Procesamiento de los resultados, análisis y elaboración del informe

Las investigadoras realizaron el registro de los datos a través de notas de campo, codificadas y numeradas para evitar toda referencia a la identidad de los/as informantes.

Para las entrevistas en profundidad de adolescentes embarazadas y hombres, la codificación se basó en la numeración secuencial por fecha. Por ejemplo, a las 10 primeras entrevistas a

la adolescentes se les asignó el mes de marzo y las siguientes 10 el mes de abril, sin indicar el lugar específico donde se realizaron. El mismo procedimiento se siguió con las entrevistas a hombres. Se utilizó la edad como identificador, por la importancia que en esta investigación tiene la cuestión etárea para comprender la situación del embarazo en adolescentes.

Para las entrevistas semi estructuradas en servicios de salud, se utilizó el número relativo al lugar del servicio de salud: (1) para el Hospital Materno Infantil Los Andes y (2) para el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios. Los grupos focales de proveedores y administrativos fueron separados por categoría “proveedor” o “administrativo”. Solamente se mencionó el cargo para referirse a la entrevista de “director” o “autoridad clave”, en el caso de personas que ocupaban posiciones relevantes. Los grupos focales de adolescentes embarazadas y de redes sociales fueron identificados por número, de acuerdo a la fecha en que se realizaron.

En ninguna de las entrevistas se utilizaron iniciales o seudónimos para la codificación. En el caso de entrevistas grabadas se recurrió a las iniciales de la entrevistada para diferenciarla de la entrevistadora, pero estas iniciales ya no se usaron en el procesamiento o análisis. Por ejemplo, cuando en el informe se recurre a una entrevista se cita la fuente como: Entrevista N° 1: Adolescente de 17 años, marzo 2013.

Durante esta fase de la investigación se procedió a:

- Organizar las notas de campo.
- Revisar los instrumentos del diagnóstico a los servicios de salud para completar fechas o algún dato de identificación faltante.
- Guardar los respectivos consentimientos informados por separado.
- Elaborar matrices para el vaciado de la información.
- Vaciar la información de cada entrevista y grupos focales en las matrices diseñadas.
- Clasificar la información de acuerdo con los objetivos de la investigación.
- Triangular la información obtenida. Extraer de cada matriz procesada las notas o citas relevantes para el informe.
- Utilizar la información secundaria y estadística de los servicios, para complementar las observaciones y datos de las entrevistas.
- Analizar la información.
- Diseñar y elaborar el informe.

Posterior a esta fase de la investigación, se realizó un taller para presentar los principales hallazgos del trabajo, allí los/as actores directos, como el director del SERES El Alto, personal de salud de los lugares de investigación, líderes adolescentes, y otros, además de representantes de algunas ONG y de servicios de salud públicos y privados, brindaron sus opiniones, críticas y recomendaciones respecto a la investigación y al tema en general, de modo que de manera efectiva se pueda contribuir a fortalecer las políticas públicas e intervenciones programáticas en relación a la prevención y atención del embarazo en adolescentes.

3.4 Principales conceptos y enfoques que guiaron la investigación

Adolescencia y Juventud

Sociológicamente la *adolescencia* es “el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma” (Muuss 2003). Se define, por ende, en el marco de la dicotomía existente entre la niñez y la adultez, que de manera general se traduce en dos modalidades de acondicionamiento cultural: continuidad versus discontinuidad. “El hecho de que los papeles sexuales contrastantes del niño y del adulto sean experimentados como continuos o discontinuos no depende de la madurez fisiológica, sino de instituciones sociales y experiencias culturales, puesto que son ellas las que encauzan y alteran la influencia de los factores fisiológicos” (Muuss 2003). Según la antropóloga Ruth Benedict (1954), la transición de la dependencia infantil a la independencia adulta “se produce de diferentes maneras en distintas culturas, de modo que ninguna de ellas puede ser considerada como natural y universal” (citado en Muuss 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como *adolescencia* al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad. Con frecuencia, la definición de “adolescencia” y “estado adulto” varía de una cultura a otra (OMS 2014).

Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y, en consecuencia, por las distintas necesidades y percepciones, se ha convenido en subdividir el grupo de 10 a 19 años en los subgrupos 10 a 13 (adolescencia temprana), 14 a 16 (adolescencia media) y de 17 a 19 (adolescencia tardía). *Juventud* es el término para las personas de 20 a 24 años (*Ibidem*).

Es importante también diferenciar los conceptos de adolescencia y de juventud, que a veces son utilizados indistintamente, lo cual tiene profundas implicaciones políticas y legales. Según Pierre Bourdieu la juventud “no sería más que una palabra”: creación social para definir un período etéreo que debiera cumplir, en nuestra época, con ciertas expectativas, pero que no siempre ha sido tratado como un actor social tematizable. La *juventud* emerge históricamente como un actor social, o como “un grupo de agentes” posibles de analizar y tematizar, en el momento en que la mayoría tiene acceso a la enseñanza y se enmarca de esta forma en un proceso de “moratoria de responsabilidades”, que en épocas anteriores no se daba. El joven vive así un estatus temporal en que “no es ni niño, ni adulto” (ORAS-CONHU 2009).

Actualmente en Bolivia no hay normas claras en la consideración de ser adolescente y joven. El Código de la Niñez y Adolescencia reconoce como población adolescente a la comprendida entre los 12 a 18 años de edad. El Ministerio de Salud y Deportes se acoge a la denominación de la OMS que limita la adolescencia entre los 10 a 19 años. La Ley de la Juventud (de 21 de febrero de 2013) define la juventud como la etapa del ciclo vital del ser humano que transcurre entre el final de la *adolescencia* y la condición adulta, comprendida entre los 16 y 28 años de edad. Empero dice: “esta definición no sustituye los límites de edad establecidos en otras leyes para las jóvenes y los jóvenes adolescentes, en los que se establezcan garantías penales, sistemas de protección, responsabilidades civiles y derechos ciudadanos”.

Salud Sexual y Salud Reproductiva

La salud es definida por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS 1946). Entendida así, la salud es un derecho fundamental, y como tal, es una dimensión obligada en la conceptualización/medición del bienestar y de la calidad de vida de la población. Es además un requisito para un desarrollo económico y social.

En este contexto, la *salud reproductiva* entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y el método de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, además, el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, también el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (REPROLATINA 2004).

Se considera la *salud sexual* como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, para enriquecer y mejorar su personalidad, su capacidad de comunicación con otras personas y su capacidad de amar. La noción de salud sexual implica un abordaje positivo de la sexualidad humana, a través de la cual los cuidados con la salud sexual engloban la mejoría de la vida y de las relaciones interpersonales, y no apenas la orientación y cuidados relacionados con la procreación y la adquisición de las infecciones sexualmente transmisibles (*Ibidem*).

Los tres elementos básicos de la salud sexual son: 1) Tener la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con la ética social y personal. 2) Estar libre del miedo, de la vergüenza, de la culpa, de las creencias falsas y de otros factores psicológicos, que inhiben la respuesta sexual y perjudican las relaciones sexuales. 3) Estar libre de problemas orgánicos, de las enfermedades y dificultades que interfieren con las funciones sexuales y reproductivas (REPROLATINA 2004; WHO 2004).

Calidad de atención en servicios de salud

No hay definición única de calidad, sino diversas acepciones que pretenden integrar variables, determinantes, indicadores y factores, que comprenden principios de organización de procesos, sistemas de trabajo en equipo, evaluación de desempeño, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los/as clientes. *Calidad* abarca todas las calidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él. Es decir, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios (REPROLATINA 2004). De manera tal que la calidad implica “la manera como los servicios o sistemas de salud atienden/tratan a las personas” (Jain 1999).

Para mantener una buena salud reproductiva, prevenir problemas, tratarlos cuando sea necesario y disminuir sus consecuencias es necesario que confluyan una serie de condiciones. Condiciones de vida favorables y de una atención específicamente dirigida a promoverla, mantenerla y recuperarla. Esto último compete a los servicios de salud, proveedores y responsables de programas y servicios (Langer 1995). Para que una mujer acuda a los servicios y reciba la atención que sus problemas merecen es necesario que confluyan diversas circunstancias: que los servicios estén disponibles, sean accesibles en términos de distancia, localización geográfica, idioma y características culturales, además, es imprescindible que las atenciones que se ofrezcan sea de buena calidad, es decir, que sean una verdadera respuesta a las necesidades de la mujer (*Ibidem*).

En este contexto, Bruce (1989) ha elaborado un *marco fundamental* para ofrecer *servicios de calidad en anticoncepción*, el cual ha sido adaptado a otros servicios de SSSR y hoy en día es incluido en las normativas nacionales. Este marco comprende seis pasos fundamentales para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud (Bruce 1989; Langer 1995; REPROLATINA 2004):

- *Selección de la mejor opción para cada mujer:* De acuerdo a las características socioculturales y las condiciones de salud de la mujer, el/la profesional de salud debe valorar y ayudar a escoger la mejor opción para cada mujer.
- *Adecuado intercambio de información entre la usuaria y el/la proveedor de salud:* La mujer y, eventualmente, su pareja deben recibir completa y clara información sobre el problema que los llevó a la consulta, los diferentes esquemas para el diagnóstico y tratamiento, las ocasionales complicaciones que pueden presentarse, así como las contraindicaciones de cada tratamiento. Es importante que el/la profesional indague sobre las circunstancias de la mujer y/o pareja para el manejo del caso. Este diálogo debe ser en un lenguaje adecuado a las condiciones sociales y culturales de las usuarias.
- *Competencia técnica de los/as proveedores de salud:* Para la resolución de los problemas los/as proveedores deben estar capacitados en aspectos de comunicación, trato, enfoque de derechos, género, además del manejo de normas y protocolos actualizados en salud.

- *Relaciones interpersonales entre usuarias y proveedores de salud:* Relacionado con el trato digno que incluye respeto, amabilidad, lapsos razonables de espera, costos accesibles, tiempo suficiente en la consulta, entre otros.
- *Continuidad y seguimiento:* Esfuerzos encaminados para asegurar que las usuarias no interrumpan su asistencia y ofrecer continuidad en su atención, sea en el servicio, domicilio o comunidad.
- *Constelación o integralidad de servicios:* Se debe aprovechar la oportunidad para ofrecer otros servicios relacionados con SSSR, por ejemplo, una consulta sobre planificación familiar puede aprovecharse también para hablar sobre servicios de Papanicolaou, una consulta post aborto o post parto debe aprovecharse para ofrecer servicios y orientar en anticoncepción, etc.

III. PRINCIPALES HALLAZGOS

En este capítulo se exponen los hallazgos más importantes de la investigación, los cuales han sido organizados en tres partes, respondiendo a los objetivos de la investigación: Primero, los motivos que influyen en las adolescentes embarazadas para que decidan asistir a los servicios de salud o acudan a formas alternativas de la medicina. Segundo, la calidad de atención que se brinda en los servicios de salud a las adolescentes embarazadas. Y tercero, los factores sociales y culturales que influyen en las decisiones de las adolescentes y de sus redes sociales para los cuidados del embarazo, así como el acceso a la información y prevención del mismo.

1. LOS MOTIVOS QUE INFLUYEN EN LAS DECISIONES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD U OTRAS ALTERNATIVAS

De acuerdo con la información brindada por los/as entrevistados, la decisión de acceder a los servicios de salud es determinada por diferentes situaciones, como la influencia de los familiares, factores económicos, la proximidad de los centros de salud a los hogares, los horarios de atención, los tiempos de espera para recibir atención, entre otros.

Las adolescentes tienen diferentes alternativas para obtener atención en salud durante su embarazo, parto o postparto, como acudir a: un servicio de salud público, a servicios de la seguridad social (Caja Nacional de Salud), a los servicios de salud de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) –entre ellas CIES o PROSALUD–, a las farmacias o a medicinas caseras y tradicionales.

Yo digo que no es que en (el Hospital) Los Andes atiendan mal, pero hay que tener conciencia de que hay más gente que recurre a los centros públicos y no a un privado. (...) Ahí te dan más cuidado porque pagan, mientras en un público no pagamos, gratis nos atienden. A las mujeres que estamos embarazadas nos cubre el SUMI, y hay que tener conciencia también de que hay harta gente. Digamos, yo puedo estar en labor de parto y quiero que me atiendan rápido, pero hay muchas personas que lo necesitan más que yo. A lo que yo he podido ver, la gente es bien amable, pero lo que rebalsa la gente, es mucha gente, y por eso nos descuidan, si es que fuera vacío ya a cada rato nos vendrían a ver pues (Entrevista N° 8: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

1.1 El miedo y el temor para anunciar el embarazo

El miedo a padres y madres de familia, el temor al rechazo de la pareja, la preocupación por dejar los estudios y la sensación de un futuro incierto, son factores que inciden en las adolescentes cuando se dan cuenta que están embarazadas. Esta situación de “angustia” provoca que no hablen y oculten su embarazo, y es poco probable que decidan ir a un centro de salud o buscar otro tipo de ayuda para cuidar su salud.

(...) Siento mucha angustia porque pienso en mi futuro y me veo sola, porque mi papá, mi mamá... me he sentido bien sola. Me da miedo el futuro. Yo todavía no había terminado mis estudios y no había ni entrado a un instituto, ni a la universidad. Se siente mucha angustia más que todo por el futuro que uno va a tener (Entrevista N° 6: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Ese momento sentimos miedo, porque tenemos miedo al futuro y a lo que va a pasar. También tenemos miedo a nuestros papás. Miedo a fallarles también. Tenemos miedo a qué van a decir en el colegio o nos preocupamos por si vamos a poder salir del colegio, si vamos a tener esa fuerza. Tenemos miedo de frecuentar con las personas, más lo decimos (que estamos embarazadas) a una amiga, pero no nos damos cuenta que esa amiga puede divulgar o que no le puede importar tanto como a nuestra familia. Nos da miedo que la pareja nos rechace, tenemos mucho miedo (Entrevista N° 10: Adolescente de 18 años, abril 2013).

Esta preocupación puede durar varios meses (tres a cuatro), hasta tomar la decisión de hablar del embarazo. Por tanto, en los primeros meses de gestación no existen cuidados especiales, ni consultas de control prenatal en los servicios de salud. Hasta muy avanzado el embarazo muchas adolescentes mantienen la esperanza “que sea un retraso menstrual”. Incluso, algunas entrevistadas mencionaron que llegaron a ocultar su embarazo hasta el momento del parto.

En colegio los dolores me mataban, yo estaba consciente de lo que me estaba sucediendo. A mi prima le dije que esté tranquila, que ella no sabía nada. El director decide llevarme al hospital, allá me pregunta el médico qué me pasaba, le dije que tenía un tumor. Después de unos minutos de haberme observado en la camilla, el médico alarmado me dice: “Señorita, ¿usted ha traído la ropa para recibir a su hijo? En unos minutos más va a nacer su hijo, ya está coronando”. El director sorprendido hace llamar a mis padres, el primero en llegar es mi padre, atufado, humillado en su prestigiosa personalidad de poderoso y fuerte, se derrumbaba en décimas de segundos, en lugar de auxiliarme acudían en su auxilio porque llegaba el nieto del que nunca imagino llegase en esa penosa circunstancia (Entrevista N° 13: Adolescente de 17 años, abril 2013).

Es interesante notar que en una Encuesta de Salud Adolescente en la Red Los Andes, llevada a cabo el año 2013, entre sus conclusiones se menciona que un 30% de la población adolescente encuestada (433 estudiantes de tres unidades educativas) está en situación de riesgo. Entre las consideraciones para este riesgo se alude que el 36% de estudiantes no pide ayuda cuando no puede resolver un problema, y el 11% siempre o casi siempre deja de hacer algo por miedo a la crítica (SERES 2013). Tal información permite plantear que el temor o miedo para comunicar o resolver un problema puede ser un factor asociado con la condición que experimenta el/la adolescente de ser parte de relaciones verticales y autoritarias en una sociedad adultocentrista.

En la situación del embarazo en adolescentes, las decisiones tardías para buscar una atención adecuada en términos de nutrición, apoyo emocional, vigilancia de problemas de salud asociados al embarazo, aumentan el riesgo de morbilidad. La evidencia muestra que, la mayor proporción de muertes maternas ocurren en domicilio, y el número de muertes en servicios de salud permite pensar que posiblemente las mujeres y sus familiares buscan atención cuando ya es demasiado tarde, es decir, hay demora en la decisión de acudir a un servicio de salud (FCI 2008).

En muchas ocasiones el temor para explicar cómo sucedió el embarazo, incluso en caso de violación, genera en las adolescentes profunda angustia que llevar incluso hasta el intento de suicidio. Varias entrevistadas manifestaron haber pensado en esta alternativa. La Encuesta de Salud Adolescente en la Red Los Andes identifica que hay una: “altísima cifra de estudiantes que se sienten deprimidos y preocupados, que no tienen amigos cercanos”, lo cual influye en pensar y querer quitarse la vida ante los problemas que se les presentan (SERES 2013).

De acuerdo con una autoridad del Servicio Regional de Salud (SERES) de El Alto, los casos de suicidio se han incrementado en los últimos años, llamando la atención el alto número de suicidios de adolescentes embarazadas, las que para cumplir su fatal objetivo, generalmente, llegan a consumir sustancias fosforadas (ratocida). Según esta autoridad, estos fallecimientos pasan a ser muertes maternas y no se analizan como parte de la problemática de los/as adolescentes en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, es decir, se diluyen en las grandes estadísticas de las muertes maternas.

Lo principal es el temor a sus padres, temor a las familia, porque eso (el embarazo) ha sido una circunstancia inesperada y no saben cómo asumir ese producto que va a venir y saben que van a necesitar apoyo económico y de familia, acuden al suicidio, lo hacen por miedo. Yo creo que hay una falta de comunicación entre padres e hijos, no tienen confianza y tienen temor porque somos duros al educarlos. En el SERES estamos preocupados por contar con estadísticas que nos muestren este problema y poder hacer distinción de las que se suicidan o mueren por aborto (Entrevista N° 1: Autoridad SERES, El Alto).

El aborto inseguro, es una de las alternativas de las adolescentes para interrumpir el embarazo y no hablar sobre el mismo a sus familias. No hay cifras oficiales sobre el número de abortos que reflejen la realidad de esta problemática en Bolivia. Sin embargo, se cuenta con investigaciones que señalan que en el país hay más de 100 abortos clandestinos e inseguros cada día, en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres, y que alrededor de 60 muertes suceden por cada 10.000 abortos. La principal causa para que suceda el aborto es el embarazo no deseado (Ministerio de Salud y Deportes 2010a; Lanza 2005).

Generalmente, vienen con hemorragia (...) Primero, cuando están embarazadas hay más relación con la madre. La madre la trae y dice: “Mi hija está con sangrado, vomitando y no quiere comer, doctor”. Y se le hace el examen, “Está embarazada señora”. A veces vienen con su concubino o con su amigo o con su enamorado. En esos casos se le atiende, pero como es para el SUMI se le llama a la ambulancia y se la traslada al hospital, o sea, a su libre suerte. Le hacemos su historia, le hacemos su orden de referencia y llamamos a la ambulancia y se la traslada al hospital para que sea atendida como debe ser (Grupo Focal N° 3: Proveedores de salud, mayo 2013).

Otro estudio reciente sobre embarazo no deseado y aborto inseguro, llevado a cabo en cinco ciudades de Bolivia, incluida la ciudad de El Alto, señala que, de un 84.8% (correspondiente a 1.175 mujeres adolescentes y jóvenes entre 15 a 19 años de edad, sexualmente activas) el 13% tuvo al menos un aborto inducido, además, el 61% no usa métodos anticonceptivos modernos y el 48% vivió al menos un embarazo no deseado (Aliaga et al. 2011).

1.2 La influencia del entorno familiar en las decisiones de las adolescentes

Una vez que el embarazo de la adolescente es anunciado a la familia, por lo general, las decisiones de asistir a un servicio de salud o buscar otro tipo de atención está en manos de una mujer adulta: la madre, tía o abuela.

Esta influencia es una consecuencia lógica de la situación familiar de los/as adolescentes en la ciudad de El Alto. Gran parte de ellos/as viven con sus padres (mamá y papá) o en hogares mono parentales, en muchos casos solo a cargo de la madre y en menor proporción del padre. Dado que todavía hay familias donde los/as padres y madres continúan viviendo en sus

comunidades de origen y envían a sus hijos a estudiar a la ciudad, algunos/as adolescentes viven solos o con algún familiar.

En el universo de las entrevistas y grupos focales de la investigación la mayoría de los/as adolescentes vive con su familia. Por tal razón, cuando se pregunta sobre los motivos para asistir o no a un servicio de salud una vez que comunican su embarazo, mencionan que la principal decisión recae sobre la madre.

Motivos para no asistir a los servicios de salud

Cuando las adolescentes embarazadas no asisten a los servicios de salud sucede que sus madres u otras parientes han tenido sus partos en domicilio, atendidas por parteras, familiares o vecinas, utilizando la medicina casera. De tal manera que la adolescente seguirá la tradición familiar: atender el parto en su hogar apoyada por la madre, tía, partera o vecina.

En los grupos focales donde estuvieron madres y padres de familia, los argumentos de las madres de las adolescentes para atender el parto en el domicilio y no en un servicio de salud son los mismos que se encuentran en muchos otros estudios y se mencionan a continuación.

Respecto a la atención del parto en los servicios de salud públicos, las madres de las adolescentes:

- Desconfían del tipo de atención que brindan: “tengo miedo, se mueren en esos lugares”
- Sienten un trato descortés de los/as proveedores de salud: “siempre riñen”.
- Perciben que los ambientes no son adecuados a sus costumbres: “son fríos y extraños”.
- Consideran que sin necesitarlo los/as proveedores realizan procedimientos violentos, como el tacto vaginal o la cesárea.
- No reciben la alimentación que requieren después del parto (sopa caliente y sin grasa).
- A pesar que atienden de manera gratuita, igualmente gastan en transporte, compra de medicinas que no se encuentran en el hospital, trámites u otros imprevistos.

En relación al parto atendido en domicilio, las madres de las adolescentes:

- Confían en la atención que brinda la partera, familiar o vecina, pues comparten las mismas prácticas culturales en relación al parto y el trato que brindan es cordial.
- Sienten que las parteras están disponibles todo el tiempo, no tienen horario y pueden visitar a la parturienta en el momento que se requiera.
- Piensan que las parteras son personas cercanas y familiares, brindan confianza, no juzgan y guardan el secreto familiar.

Las adolescentes no asisten a los servicios de salud por miedo a perder el apoyo de sus madres u otras familiares, y aceptan los argumentos mencionados considerándolos como el bienestar que buscan las madres para ellas. La atención en domicilio es reforzada por las malas experiencias que las madres tuvieron en los servicios de salud.

Además, la mayoría de las adolescentes perciben que en los servicios de salud las personas adultas, tanto el personal como los/as usuarios, “las miran”, es decir, las examinan visualmente emitiendo críticas. Hasta cierto punto hay una auto-exclusión.

Como no se puede reservar una consulta médica de manera previa en los servicios de salud (sea por teléfono, Internet o de manera personal), las adolescentes están obligadas a realizar ciertos pasos hasta llegar a ser atendidas en el mismo día: empezando por sacar su ficha para la consulta y hacer tiempo en la sala de espera. La tardanza para llegar a ser atendidas y la exposición pública les genera mucha angustia.

En general, las/os adolescentes consideran que los servicios de salud no son para ellos/as. No forma parte de su imaginario que los/as adolescentes tengan la necesidad de ir a un servicio de salud, si lo hacen es solo cuando están muy enfermos, en caso de un accidente o por un aborto.

Si se trata de servicios de salud materna, las adolescentes consideran que estos son para las mujeres que ya tienen una familia, viven en pareja y tienen varios hijos. Lo saben porque ellas en más de una ocasión acompañaron a sus madres o hermanos menores a una consulta, no perciben el servicio como un espacio de prevención de la salud.

- *La verdad es que hasta el momento yo no me he enfermado mucho, pero voy casi siempre (al servicio de salud) acompañando a mi mamá, cuando ella se enferma, y se enferma con mucha frecuencia, ambas nos acompañamos.*
- *Sé que es muy difícil acceder a esos servicios, dicen que hay mucha gente y tienen que ir varias veces. Esto sé por mi cuñada, ella va con mi sobrinito*

(Grupo Focal N° 2: Adolescentes embarazadas, marzo 2013).

No solamente las adolescentes piensan de esta manera, los padres y las madres de familia, profesores y otros actores sociales, comparten esta visión. Ellos/as manifiestan que los “centros de salud son solo para los partos”.

El centro de salud es solamente para partos. Los jóvenes no se enferman mucho, un dolor de muelas o estómago, o cuando hacen educación física se caen, si no son muy graves (las heridas) se quedan como están (Grupo Focal N° 1: Redes Sociales, abril de 2013).

Las adolescentes embarazadas, en ocasiones, son juzgadas por algunos/as proveedores de salud, tienen miedo de acudir a los servicios por miedo a recibir críticas. A algunas les han llamado la atención por estar embarazadas siendo “jóvenes”, situación que se evidenció en entrevistas con proveedores de salud, uno de ellos manifestó que es difícil tratar con las madres muy jóvenes puesto que “no quieren colaborar o tienen miedo cuando se les tiene que tomar un examen de laboratorio, pero no tuvieron miedo cuando se embarazaron tan jóvenes” (Grupo Focal N° 1: Proveedores de salud, febrero de 2013).

También se mencionó que en algunos de los barrios en donde viven las adolescentes embarazadas no hay servicios de salud, por lo que tienen que trasladarse a otros barrios y eso les resulta incómodo.

Motivos para asistir a los servicios de salud

De igual manera, en los casos en que las adolescentes decidieron ir a un servicio de salud para el cuidado prenatal lo hicieron porque la madre o alguna familiar mujer, y en menor medida el padre o la pareja, tomaron la decisión de que el embarazo fuera cuidado en un servicio de salud.

Entre los argumentos que se mencionan para que las adolescentes acudan a un servicio de salud durante su embarazo están los siguientes:

- La madre no tiene otra opción para el cuidado de su hija adolescente, trabaja, no puede hacerse cargo, y no quiere que tenga ningún problema de salud.
- La madre u otros/as parientes han tenido una buena experiencia en los servicios de salud.
- Las madres y padres de las adolescentes han estudiado, tienen más información de los servicios de salud y, por lo general, desconfían de la medicina tradicional.

Desde cuando mi mamá se enteró que estaba embarazada ella me llevó al centro de salud. Allá voy siempre. Me atienden bien. La doctora me conoce mucho y dice que tengo que ser atendida en el maternológico de Lotes y Servicios. Ella cree que voy a tener un parto normal. Mi mami no quiere que me hagan la cesárea, yo tampoco. Por eso camino bastante. Hago ejercicios caminando. En el centro de salud me sentía también muy rara, todas las señoras me miran. La doctora me ha dicho que puedo ir al Hospital Los Andes, llevando la tarjeta de control prenatal para que me atiendan bien en mi parto (Entrevista N° 10: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Por el temor a ser “criticadas” las adolescentes embarazadas no siempre desean asistir a un servicio de salud. En los grupos focales mencionaron sentirse “presionadas” por sus familiares para buscar este tipo de atención, ellas, en varios casos, preferían ser atendidas en sus casas. Cuando las madres no pueden acompañarlas, las envían con una hermana mayor u otro/a pariente.

Para algunas, las experiencias positivas en los servicios de salud de familiares o amigas las anima a tomar la decisión. Cuando reciben la atención en salud que buscan y se sienten bien, se refuerza la preferencia de acceder a un servicio de salud y continuar asistiendo, incluso hasta el parto y postparto.

No tuve problemas en mi embarazo, no sentía, tal vez por tanto miedo que tenía a mis padres. Acudía al centro de salud, algunas veces me acompañaba mi suegra y otras iba sola. Para mi parto fui con mi pareja, él no trabajó ese día y me atendieron muy bien y me ayudaron con mi bebé. Fui varias veces al centro, últimamente voy al hospital, nunca me han negado la atención. Hay que ir los jueves, no hay mucha gente y casi está vacío (Entrevista N° 7: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Los primeros meses de mi embarazo fue casi de muerte, no comía, perdí mucho peso. Estuve todo el tiempo bajo cuidado, asistiendo al centro de salud, me daban mucho hierro, no los tomaba porque me provocaba más vómito. Incluso dejé de ir a estudiar por varias semanas. “Iré al centro para consultar con el Doctor”, decía. Él me dijo que retorne para los anticonceptivos una vez que mi bebé cumpla 6 meses. Esa información fue la que me dio el doctor que atendió mi parto. Mi parto fue normal, aunque me dijo que iba por una cesárea. En el centro de salud me dieron opciones del uso de anticonceptivos para no contraer embarazo (Entrevista N°13: Adolescente de 17 años, abril 2013).

Además de estas influencias, están presentes otros factores vinculados con la cuestión económica que permiten que las adolescentes acudan a los servicios de salud. Por un lado, la gratuidad de los servicios públicos a través del Seguro Materno Infantil (SUMI) y, por otro lado, el dinero que se otorga por el Bono Juana Azurduy (BJA), incluso están quienes prefieren hablar bien de los servicios para poder acceder al Bono.

Hice mis controles en PROSALUD. Son nomás buenas las doctoritas y nos atienden mejor que en el hospital. Nos dan una hora y hay que estar para esa hora, si te atrasas ya es un problema, te riñen y te hacen consultar al final. Pero fui al Hospital Los Andes con mi parto, porque me costaba muy caro en PROSALUD, en Los Andes te atienden con el SUMI, no pagas nada. La atención es mala. No hay camas. Las enfermeras son malas y nos gritan. Sigo yendo al hospital para hacer los controles a mi hijita y por el Bono, sus vacunas o cuando se enferma (Grupo Focal N° 2: Adolescentes embarazadas, marzo 2013).

Contar con un seguro de salud como el de la Caja Nacional de Salud es otra razón mencionada para acudir a un servicio de salud. Generalmente, el padre de la adolescente es el titular del seguro. Algunas adolescentes expresan su malestar por la atención que se brinda en la Caja, pues hay mucha tardanza para ser atendidas por un/a proveedor de salud, además les exigen la presencia de la madre, a pesar de esto ellas no encuentran otra alternativa a donde asistir.

Para algunas adolescentes el requisito de la presencia de las madres de familia durante la consulta médica puede repercutir también en no querer ir a un servicio de salud, como se expresó en un Grupo Focal: “A veces no pueden estar los padres ahí presentes porque los hijos no quieren decir sus problemas” (Grupo Focal N° 1: Adolescentes embarazadas, abril 2013).

Algunas de las adolescentes embarazadas prefieren ir a centros de salud de las ONG. Por ejemplo, al CIES, donde reciben un buen trato, les dan atención diferenciada y brindan información para prevenir otro embarazo. Otros establecimientos de salud mencionados en los grupos focales, a los cuales no necesariamente asisten las entrevistadas son: la Clínica Solidaria FIDES, Misión Alianza, y algunos centros de salud privados.

Empero, no siempre la atención que recibieron los/as adolescentes en los centros de salud privados o de ONG es la que esperaban, están quienes tuvieron malas experiencias, lo cual evidencia que no son una garantía para mejorar el acceso a los servicios.

Honestamente no creo. Fui al CIES donde acuden los jóvenes, porque supuestamente ayudan a los jóvenes, pero cuando llegamos grande fue mi sorpresa, nos trataron muy mal a mí y a mi pareja, no sabía qué hacer. Aunque ella no estaba embarazada, solamente fue un retraso, pero teníamos dudas (Entrevista N° 1: Hombre adolescente de 18 años, marzo 2013).

1.3 La influencia de las amigas

Las amigas son el primer vínculo de información y apoyo ante un retraso menstrual y la posibilidad de un embarazo. Los “consejos” que proporcionan son importantes y son seguidos la mayoría de las ocasiones.

Me embaracé impensadamente. Nunca pensé tener un hijo hasta salir profesional. Este año salgo bachiller. Mi primera impresión fue de mucha tristeza porque yo no planifiqué, fue una sorpresa inesperada. No sabía a quién comentar, tenía la esperanza de que me baje mi periodo. Tomé algunos mates, pasaban los días, los mates no funcionaban. Le avisé a mi amiga y ella me dijo que debería hablar con mi pareja y luego a mi mamá. (...) Aunque de repente mi vida cambiaría porque tenía que asumir mi responsabilidad (Entrevista N° 1: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Una vez que las adolescentes confirman su embarazo visitan el servicio de salud en compañía de alguna amiga o solas y consultan “qué hacer para no tener el hijo”. Un proveedor de salud menciona que es frecuente que las adolescentes acudan al centro de salud pidiendo consejos para una “amiga” porque está embarazada y se lo “quiere sacar”. Manifiesta que esta situación le sorprende porque se trata de adolescentes de entre 13 y 15 años de edad. Él les informa que no se realiza esos procedimientos en los servicios de salud y que el aborto no es legal en el país, pero les motiva a hacerse una atención médica. Este proveedor enfrenta su decisión con

conflictos, puesto que estas adolescentes, que fueron a un servicio de salud y no encontraron una respuesta a su problema, seguramente terminarán practicándose un aborto inseguro con todas las consecuencias que éste conlleva (Entrevista N° 8: Proveedor de salud, abril 2013).

Cuando las adolescentes embarazadas son rechazadas en su núcleo familiar buscan a sus amigas de confianza para que las acompañen en este proceso. Algunas esperan a que nazca el/ la bebé para irse lejos con alguna amiga y abandonarlo o regalarlo. Vuelven a su casa como si nada hubiera pasado, en estos casos los padres y las madres no se han dado cuenta del embarazo de su hija porque lo disimulan cubriéndose con ponchos, fajándose, incluso evitando comer para no engordar.

En un Grupo Focal se expresó una diferencia muy clara entre padres de familia y amigas, y es el juicio de valor que realizan los primeros: “los amigos no juzgan, los padres sí, aunque sea bueno o malo, los padres todo juzgan los amigos no” (Grupo Focal N° 2: Adolescentes embarazadas, marzo 2013).

1.4 Decisiones propias

Son muy pocos los casos en que la decisión de ir a un servicio de salud u otra alternativa viene de las propias adolescentes, muchas veces las parejas influyen en estas decisiones.

Él me dio dinero para hacerme la prueba de embarazo en La Ceja, era positivo, tenía que avisarle a mi mamá. Cuando le dije me pegó, no quería saber nada de mí. Un embarazo, tener un hijo a mis años era el desafío para todos... Estaba preocupada (mi mamá) por sus hermanos y sus familiares, por mi papá, como estaban en proceso de divorcio mi mamá tenía otro punto más en contra con mi situación. Lloraba, sufría mucho, habló con mi madrina y me llevaron a un médico para ver qué posibilidades tenía para evitar el desarrollo de mi embarazo. No pudimos hacer nada. El doctor me preguntó qué tiempo ya tenía, estaba de cuatro meses (Entrevista N° 4: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Las adolescentes suelen tomar sus propias decisiones cuando ya han tenido uno o dos hijos. En esas circunstancias consideran necesario ir a un servicio de salud, no tanto por ellas sino para los controles médicos de su hijo o hija. Para esta decisión influye también el hecho del imaginario construido alrededor de la maternidad, cuando la adolescente ya es “madre” se considera “adulta”, con el “deber” de asumir todas las responsabilidades que implica el cuidado de un/a hijo.

He tenido a mis tres hijos por ignorancia. Nunca he tenido una orientación, no llegué al hospital para nada. Una enfermera me ayudó después de haber tenido a mis hijos. Mis tres partos han sido en mi casa, con la ayuda de mi mamá y una inquilina (...). Con la bendición de Dios, mis hijitos no se enferman, por eso no voy muy seguido al centro de salud, solo los llevé cuando están muy enfermos (Entrevista N° 2: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Algunas de ellas mencionan que las farmacias de los barrios representan una oportunidad para acudir en búsqueda de apoyo y consejo. Los/a profesionales encargados, por lo general mujeres, les ofrecen confianza y no les niegan la atención, tampoco les cobran mucho y les dan información sobre “señoras” que pueden atender sus partos. Asistir a las farmacias para curar cualquier padecimiento o enfermedad es muy común en El Alto, de hecho en los grupos focales las adolescentes dijeron que cuando alguien se enferma en las familias se va a la farmacia a comprar pastillas, por ello “no vamos mucho al médico”.

Hay un centro de salud en mi barrio donde vivo, nunca voy ahí ni cuando necesito, cuando estoy enferma voy a una farmacia ahí me recetan. Solo tengo que decir mi malestar que tengo y me dan las pastillas. No sé lo que hacen en un centro de salud, pero en la farmacia no tengo problemas, es sencillo (Entrevista N° 1: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Por otra parte, cuando las adolescentes están solas, no tienen ningún pariente cercano y no conocen un centro de salud, atienden su parto en donde pueden, no tienen elección.

No he ido nunca al hospital, tuve mi parto en la casa de mi señora, no fue complicado. Estuve tostando el fideo a las 5 de la tarde, ahí me vino el dolor, a las 7 de la noche tuve a mi hijito, me ayudaron en la casa. No sufrí mucho, tampoco he ido al hospital, no conozco (Entrevista N° 12: Adolescente de 17 años, abril 2013).

En un grupo focal de adolescentes indicaron que fueron ellas quienes decidieron tener a sus bebés, y en ello no tuvieron que ver ni sus parejas ni sus padres o madres de familia: “La decisión es netamente nuestra porque es nuestro cuerpo y el bebé está en nuestro cuerpo y nosotras decidimos si es que hay un aborto o si es que sí queremos tener al hijo” (Grupo Focal N° 1: Adolescentes embarazadas, abril 2013). Sin embargo, en la práctica estas decisiones se ven limitadas por todo lo que tienen que enfrentar, es decir, el rechazo y no tener a dónde ir, por lo que finalmente terminan aceptando las decisiones de su entorno.

1.5 Influencia de los/as educadores

En este estudio no se escuchó en ninguna de las entrevistas que otros actores sociales, como los/as profesores, tuvieran una importante influencia en las decisiones de las adolescentes sobre su embarazo. Por el contrario, algunos/as profesores mencionaron que son los últimos en enterarse que alguna de las alumnas está embarazada. Ellos/as intervienen cuando las adolescentes no asisten al colegio, ante esta ausencia se preocupan y acuden a los padres y las madres de familia, ahí recién se enteran del embarazo de sus alumnas.

2. EL ABORDAJE Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS

La atención del embarazo en adolescentes en servicios de salud conlleva implicaciones fundamentales para la salud física, mental y emocional de estas usuarias. Sobre todo cuando se trata de un embarazo no planificado o deseado, enfrentan conflictos o presiones en sus decisiones para asistir a un servicio de salud.

Como se mencionó en el capítulo I, el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) ha promovido un amplio marco legal que debería asegurar una atención adecuada y diferenciada para los/as adolescentes, y en particular para el abordaje del embarazo en la adolescencia. Nuevamente cabe resaltar que la política pública apunta a que este abordaje sea integral, focalizando en la prevención, promoción y atención, de acuerdo con las necesidades de cada persona y con el contexto social y cultural en el que se desenvuelve.

Empero, diferentes investigaciones sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) en adolescentes⁴ y la consulta a la sociedad civil, que incluyó a jóvenes y adolescentes, sobre el cumplimiento de los compromisos de la Conferencia Internacional de Población (CIPD) hacia el Cairo +20 (UNFPA/Conexión Fondo de Emancipación 2013), concluyeron que el país ha avanzado en un amplio marco normativo proclive al ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) de los/as adolescentes y en la constitucionalización de los mismos (Art. 66, Constitución Política del Estado). Sin embargo hay una brecha muy grande entre este marco legal y su implementación efectiva que posibilite el ejercicio de los derechos.

Principalmente, en la Consulta Cairo +20, los/as adolescentes resaltaron que las brechas se observan en:

- Falta de mecanismos y garantías para el ejercicio de derechos.
- Limitada participación de los/as adolescentes y jóvenes en el diseño e implementación de normas y políticas.
- Frágil articulación interinstitucional e intersectorial para prevenir la vulneración de los derechos de esta población, y reducir las brechas e inequidades en el acceso a servicios de educación, empleo, salud, SSSR, nutrición y protección social.
- Ausencia de una política integral de educación sexual. Asimismo, la SSSR se promueve desde un enfoque biológico y de enfermedad.
- Falta de acceso o información sobre métodos anticonceptivos, lo cual limita la prevención del embarazo y aborto en adolescentes.

4 Véase: Aliaga 2011; CDD 2011; CEPAL 2010; Machicao 2011; OPS 2010.

- Aumento en los índices de VIH/SIDA, consumo de pornografía, violencia digital, entre otros.
- Mayor desventaja de mujeres adolescentes y jóvenes ante situaciones de inequidades de género, explotación sexual, trata y tráfico de personas, entre otras.
- Mínima atención diferenciada en salud para adolescentes y jóvenes.
- Limitados recursos económicos de agrupaciones juveniles. Éstas para auto-sostenerse dependen de instituciones estatales, ONG y la cooperación internacional.

En este acápite el interés es exponer y analizar la calidad de la atención que brindan los servicios de salud de El Alto a las adolescentes embarazadas. Para la apreciación integral de la *calidad de la atención* se utilizaron las herramientas y el enfoque trabajado por la ONG de Brasil denominada REPROLATINA, cuya propuesta se desarrolla en el *Diagnóstico, implementación y evaluación de una Guía para certificar en atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes con foco en la calidad de atención y en los derechos sexuales y reproductivos* (2010). A su vez, estas herramientas fueron adaptadas del enfoque estratégico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y han sufrido modificaciones a partir de la vasta experiencia en su aplicación en varios países de América Latina.

En este sentido, las principales variables o categorías para diagnosticar la atención fueron:

- a) El acceso a los servicios de salud: Cómo llegan las usuarias.
- b) El recorrido o flujo de las usuarias en los servicios: Cuáles son los pasos seguidos desde que llegan para obtener una consulta y resolver sus necesidades hasta que salen del establecimiento. Se toma en cuenta el tiempo de espera.
- c) Las relaciones interpersonales: La interacción entre las usuarias y los diferentes proveedores de salud con quienes tienen contacto durante su estancia en el establecimiento.
- d) La competencia técnica de los/as proveedores en las consultas y otros servicios.
- e) La integralidad de los servicios de SSSR.

En consonancia con las normas nacionales, el análisis de la atención diferenciada de adolescentes en los servicios de salud se hizo a la luz de la *Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes* (Ministerio de Salud y Deportes 2013), principalmente, en relación al enfoque expuesto en esta normativa. Este enfoque promueve el cambio de actitud del personal de salud en el abordaje de la atención de adolescentes y jóvenes en los servicios, partiendo de una aproximación positiva, basada en el diálogo, la orientación, el reforzamiento de la autonomía, la autodeterminación, el autocuidado y la defensa de los derechos. Es decir, la atención integral diferenciada promueve una metodología de abordaje que visualiza a los/as adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos.

2.1 Características de los servicios de salud seleccionados

Los establecimientos de salud seleccionados para la investigación, El Hospital Materno Infantil Los Andes (HMILA) y el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios (CMILS), pertenecen a las Redes de Salud Los Andes y Lotes y Servicios, respectivamente, estas revisten mucha importancia en la ciudad de El Alto por sus altos índices de atención en el embarazo en adolescentes, como se verá más adelante.

El siguiente mapa presenta la ubicación de los dos establecimientos de salud seleccionados para esta investigación:

Gráfico 3
Ubicación de los establecimientos de salud seleccionados
Ciudad de El Alto



Fuente: Archivo personal de Elva Villegas, Responsable del Continuum de Atención niño, niña, adolescente, SERES-El Alto.

Desde el punto de vista de la gestión en salud, la Red de Salud Los Andes está conformada por siete centros de primer nivel de atención y un hospital de segundo nivel:

Cuadro 7
Red de Salud Los Andes - El Alto

Centro de Salud	Nivel de atención	Horas de atención	Nº de camas en maternidad	Otros (cirugías)
Alto Lima	1er nivel	12	-	-
Alto Lima III	1er nivel	12	-	-
Centro de Referencia Ambulatoria - CRA	1er nivel	12	-	-
Germán Busch	1er nivel	24	2	-
Huayna Potosí	1er nivel	24	3	-
Puerto Mejillones	1er nivel	12	-	-
Villa Ingenio	1er nivel	12	-	-
Hospital Materno Infantil Los Andes	2do nivel	24	36	21

Fuente: Servicio de Estadísticas SERES-El Alto 2013.

El HMILA es el centro de referencia de todos los servicios del área, incluyendo a los que son parte de la Red de Salud Lotes y Servicios.

Por otro lado, la Red Lotes y Servicios está conformada por ocho centros de salud, algunos de ellos tienen camas para la atención de partos pero cuando se presenta alguna complicación o prescripción de una cesárea el centro de referencia es el Hospital Materno Infantil Los Andes.

Cuadro 8
Red de Salud Lotes y Servicios - El Alto

Centro de Salud	Nivel de atención	Horas de atención	Nº de camas en maternidad	Otros (cirugías)
16 de febrero	1er nivel	12	2	1
Brasil	1er nivel	12	2	-
Franz Tamayo	1er nivel	12	-	-
Mercedario	1er nivel	12	4	4
San de José Yunguyo	1er nivel	12	-	-
San Roque	1er nivel	12	4	4
Cooperativa	1er nivel	12	2	2
Materno Infantil Lotes y Servicios	1er nivel	24	6	2

Fuente: Servicio de Estadísticas SERES-El Alto 2013.

La atención de salud materna y embarazo en adolescentes en las redes de salud

La atención de la salud materna e infantil en las redes donde se realizó la investigación es muy importante, en el contexto de la oferta pública y privada de salud en la ciudad de El Alto. Por

ejemplo, en la Red Los Andes, los años 2012 y 2013, entre embarazos, partos y nacimientos se registraron más de 40 mil atenciones. Por grupos de edad, la atención se concentró en las edades de 15 a 64 años. Respecto a las mujeres en edad fértil, se atendieron a más de 12 mil.

Cuadro 9
Red de Salud Los Andes: población asignada por grupos de edad, embarazos, partos, nacimientos esperados (2012 a agosto 2013)

2012	Grupos de edad (años)						MEF	Emb esp	Partos esp	Nac esp
	<1 año	1	2 a 4	5 a 14	15 a 64	65 y +				
42.511	959	946	2.822	8.796	27.197	1.791	12.077	1.331	1.184	1.160

2013	Grupos de Edad (años)						MEF	Emb esp	Partos esp	Nac esp
	<1 año	1	2 a 4	5 a 14	15 a 64	65 y +				
43.511	981	969	2.888	9.003	27.837	1.833	12.077	1.362	1.212	1.208

Fuente: Trujillo 2013, con base al Sistema Nacional de Información.

De igual manera, la Red Los Andes tiene un alto número de atención del embarazo en adolescentes, en comparación con otras redes de salud. Así, en relación con el embarazo en adolescentes menores de 20 años, entre enero y agosto de 2013 llegó a atender el 25% (841) del total de los embarazos registrados en todas las redes de salud de El Alto (3.557).

Cuadro 10
Atención del embarazo en menores de 20 años de edad en El Alto y la Red Los Andes (2011 a agosto 2013)

Año	Total Redes de Salud El Alto	Red Los Andes
2011	5.066	1.234
2012	5.004	1.400
2013 (hasta agosto)	3.557	841

Fuente: Elaboración propia en base a la información de Estadística SERES-El Alto 2013.

En la Red Lotes y Servicios, las atenciones se concentran en mujeres en edad fértil (MEF), sin que se pueda hacer el desglose como en la Red Los Andes debido a la ausencia de información al respecto. En tanto que, en referencia a la atención de embarazos en menores de 20 años, esta red atendió entre enero y agosto de 2013 el 10.6% (456) del total de los embarazos atendidos en las redes de salud de El Alto (3.557).

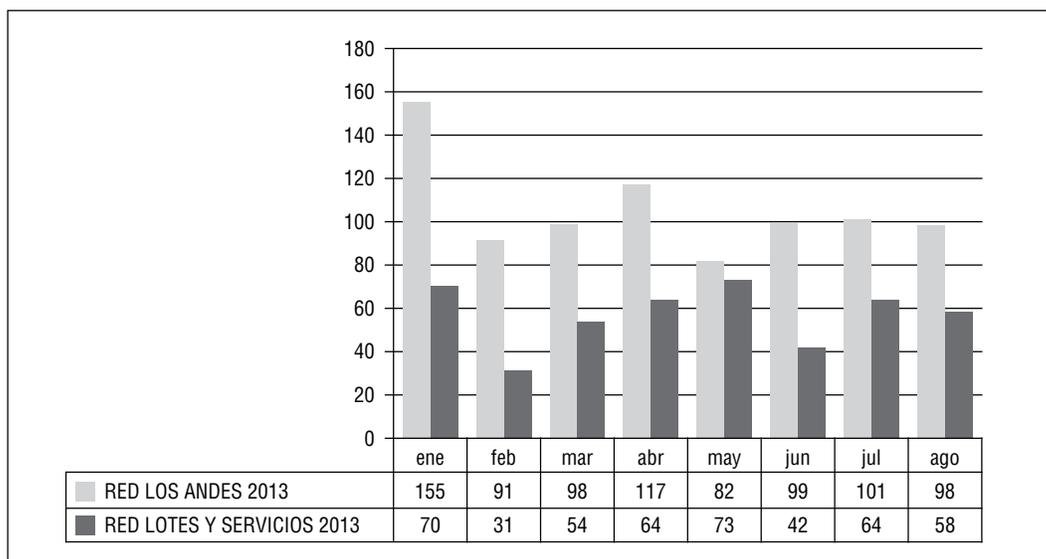
Cuadro 11
Atención del embarazo en menores de 20 años de edad en la Red Lotes y Servicios
(2011 a agosto 2013)

Año	Total Redes de Salud El Alto	Red Lotes y Servicios
2011	5.066	468
2012	5.004	533
2013 (hasta agosto)	3.557	456

Fuente: Elaboración propia con base a información de Estadística SERES-El Alto 2013.

Durante enero y agosto de la gestión 2013 la situación del embarazo en mujeres menores de 20 años en ambas redes de salud refleja un comportamiento similar, principalmente en los primeros 4 meses en los cuales hubo una mayor demanda de atención de embarazos en adolescentes. Sin embargo, como se verá más adelante, en lo que respecta al abordaje hay amplias diferencias.

Gráfico 4
Embarazo en adolescentes en las Redes Los Andes y Lotes y Servicios
(enero-agosto de 2013)



Fuente: Elaboración propia con base a información de Estadística SERES-El Alto 2013.

2.2 Diagnóstico de la atención de la adolescente embarazada en el Hospital Materno Infantil Los Andes

El Hospital Materno Infantil Los Andes (HMILA) está ubicado en uno de los lugares de mayor afluencia en El Alto, denominado zona o distrito Los Andes. En calles adyacentes al Hospital



se encuentran colegios, canchas de fútbol, una piscina, farmacias, como también consultorios de salud privados. La oficina de la Junta de Vecinos del distrito se sitúa al lado del servicio de salud.

El Hospital es un establecimiento de segundo nivel de atención. Hacia el 2012 tuvo una población asignada de 42.511 habitantes, de las cuales 12.077 eran mujeres en edad fértil, con edades de 15 a 49 años.

Este servicio de salud brinda atención las 24 horas del día. De lunes a viernes, 8 horas son dedicadas a la Consulta Externa, durante la mañana de 8:30 a 13:00 y en la tarde de 14:30 a 18:00 horas.

SERVICIOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOS ANDES

- *Medicina general.*
- *Ginecología y obstétrica: atención del embarazo, parto, puerperio, hemorragias de la primera mitad del embarazo y recién nacido.*
- *Pediatría.*
- *Odontología.*
- *Oftalmología.*
- *Traumatología.*
- *Prestaciones de ecografía, radiografía, laboratorio clínico y farmacia (todas son parte del SUMI).*

En cuanto a los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, se ofertan las prestaciones de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR): anticoncepción, salud materna (embarazo, parto, postparto y hemorragias del primer semestre del embarazo), detección de Cáncer Cérvico Uterino (CCU), control prenatal, consulta postparto, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Atención Diferenciada a Adolescentes, ginecología y esterilidad.

Los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría son los más demandados por la población, llegando a cubrir el SUMI el 90% de las prestaciones, en tanto que el 10% restante son cubiertas por prestaciones solicitadas directamente por los/as usuarios.

En relación con los servicios de internación, el hospital cuenta con 7 salas de internación con 32 camas (24 para Obstetricia y 8 para Ginecología) y 2 salas de pre-parto con 4 camas. Para

Neonatología cuenta con 3 salas y 12 camas; para Pediatría, 2 salas y 9 camas; y para Cirugía y Traumatología, 2 salas y 12 camas (Trujillo 2013).

La información precedente es importante para conocer la dimensión de este hospital y, al mismo tiempo, valorar la atención que se brinda a las adolescentes embarazadas.

Por otra parte, el HMILA es el único servicio de segundo nivel en el área. La población que asiste proviene de los barrios del Norte de El Alto, como también de las provincias del norte altiplánico y la zona lacustre del departamento de La Paz. Es decir, la diversidad social y cultural (población mestiza y aymara migrante) es la que predomina en los/as usuarios atendidos en este Hospital.



Nuestra red de servicio debería ser solamente la Red Los Andes, pero no, en todo está la mitad de El Alto, le estoy hablando desde La Ceja hasta el Lago Titicaca. Este es el único hospital, no hay otro. Vienen de Tiahuanaco, Achacachi, de todo, en todo lado. Incluso se recibe pacientes remitidos por una diarrea o por una neumonía no grave lo remiten aquí. Tenemos la red del distrito cuatro que ofrece ese servicio pero no lo resuelve, ellos no tienen la capacidad de resolver, no sé la verdad pero no resuelven, su hospital de referencia es este (Grupo Focal N° 1: Proveedores de salud, febrero 2013).

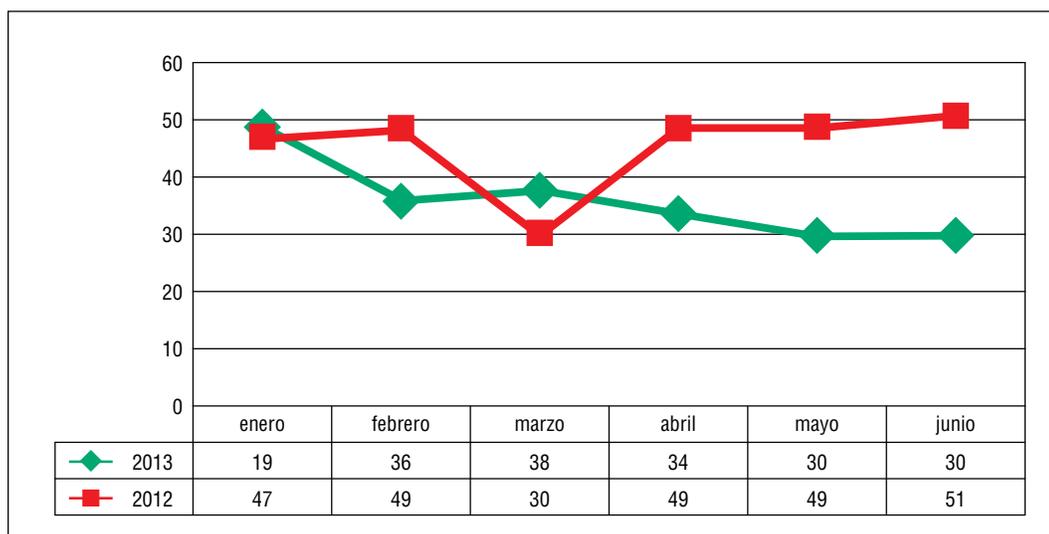
El acceso de las adolescentes embarazadas al HMILA

Es indudable que el HMILA es un importante establecimiento público para la atención de las/os adolescentes, en particular para aquellas que están cursando su primer embarazo, para las madres con uno o más hijos, o para aquellas que van por otros servicios de SSSR.

De acuerdo con proveedores de salud, los/as adolescentes acuden al Hospital por embarazos, hemorragias del primer semestre del embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Entre el primer semestre del 2012 y el primer semestre del 2013 se observa que las consultas por embarazo en adolescentes se han mantenido de manera más o menos constante, con leves disminuciones en el 2013. En comparación a gestiones anteriores, hay una tendencia a incrementarse (Entrevista N° 1: Autoridad SERES-El Alto, febrero 2013).

Gráfico 5
Cobertura de embarazo en adolescentes en el Hospital Materno Infantil Los Andes
(2012 y 1er semestre de 2013)



Fuente: Trujillo 2013, en base al Servicio de Estadísticas del HMILA.

En los últimos años se ha incrementado en el país el acceso a los servicios de salud por parte de las adolescentes embarazadas, lo cual puede deberse a varios factores, entre ellos el aumento en la prevalencia del embarazo en esta población, la influencia de las familias, parejas y otras adolescentes, las atenciones gratuitas del SUMI y la obtención de beneficios económicos por el Bono Juana Azurduy (BJA),⁵ además de intervenciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y otras instituciones en el marco del Programa de Salud Integral de el/la Adolescente.

Hasta el momento no se conocen estudios profundos que identifiquen cuál de los factores mencionados está propiciando cambios, o si es el conjunto de factores los que están impactando en el acceso a los servicios de salud de las mujeres madres, principalmente las adolescentes. Empero, a pesar del incremento en este acceso, en comparación con el conjunto de Mujeres en Edad Fértil (MEF) que acuden a los servicios para cualquiera de las atenciones de la salud materna, los porcentajes de las adolescentes que buscan atención siguen siendo bajos.

5 Según la ENDSA 2008, el 72% de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los 5 años previos a la encuesta tuvieron, al menos, 4 controles prenatales. Sin embargo, en el área rural esa proporción llegó solo a 60% frente a 81% en el área urbana. En relación con la atención al parto, un 68% aconteció en establecimientos de salud y un 32% tuvo lugar en domicilio. Empero, al profundizar en estas cifras se observa que más del 60% de mujeres sin educación y del quintil más pobre tuvieron sus partos en domicilio (INE/Ministerio de Salud y Deportes 2008). El BJA ha contribuido a mejorar el acceso al control prenatal y la atención del parto en servicios de salud, aunque no se reporta una cifra diferenciada. Entre el 2009 y 2013 este bono favoreció a 383.242 madres en el país (Ministerio de Salud y Deportes 2013).

En esta investigación las adolescentes embarazadas que van al HMILA mencionaron diferentes motivos por las cuales llegaron a este servicio, sobresaliendo: la influencia de la red familiar (madres y parientes), la cercanía a sus hogares, el acceso gratuito, el BJA, el no tener más opciones, entre otras. En el siguiente cuadro se describen esos motivos en orden de frecuencia de repetición, sobre la base de 15 entrevistas realizadas en el servicio.

Cuadro 12
Motivos para que las adolescentes embarazadas asistan al Hospital Materno Infantil Los Andes

Las llevaron sus padres o familiares	Sus padres u otros familiares se enteraron del embarazo y las llevaron al servicio.
Se ubica cerca de sus casa	Es la referencia más frecuente que dan las adolescentes que ya tienen un/a hijo y los llevan para su control de crecimiento y desarrollo o en casos de estar enfermos. El vivir cerca les facilita madrugar para adquirir la ficha de la atención.
Por referencia de parientes/amigas	Por atenciones previas a sus hermanas, parientes o amigas, quienes ya tuvieron un/a hijo y han recibido atención en el servicio.
Les gusta la atención	Prefieren ir a la consulta de la mañana por el buen trato que brindan las profesionales médicas de ese turno.
Es de fácil acceso	El Hospital está cerca a la concurrida Avenida Juan Pablo II, por lo que es de fácil acceso, no hay problema con el transporte.
Por el Bono Juana Azurduy	El dinero les sirve para cubrir los gastos de pañales, alimentación o el transporte.
Está cerca del colegio	La ubicación del servicio les permite a las que estudian, ir al servicio por la mañana y al colegio por la tarde.
Es la única alternativa	No hay otro servicio de salud en el lugar.
Por referencia de otro servicio	Fueron referidas de otros centros por complicaciones del embarazo o parto.

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas de abril 2013.

Tomando en cuenta la Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes (Ministerio de Salud y Deportes 2013) puede afirmarse que, hasta cierto punto, el estándar de la “accesibilidad” (geográfica y económica) se cumple en este establecimiento.

El recorrido de las adolescentes embarazadas para acceder a una consulta prenatal o en SSSR

El recorrido o flujo en la atención a los/as adolescentes es uno de los criterios importantes para considerar si un servicio de salud toma en cuenta el enfoque diferenciado e integral, es decir, si sus necesidades son respondidas o si son sujetos de derechos, como estipula la norma nacional. Esto ocurre cuando: los horarios de atención son adecuados a los tiempos de los/as adolescentes, el personal está sensibilizado, el establecimiento desarrolla estrategias para facilitar la llegada a la consulta en un breve tiempo y evitar la espera y exposición a los/as demás usuarios, además de la privacidad y confidencialidad con la que deben tratarse sus casos.⁶

⁶ Criterios que son válidos para todos los/as usuarios de un servicio.

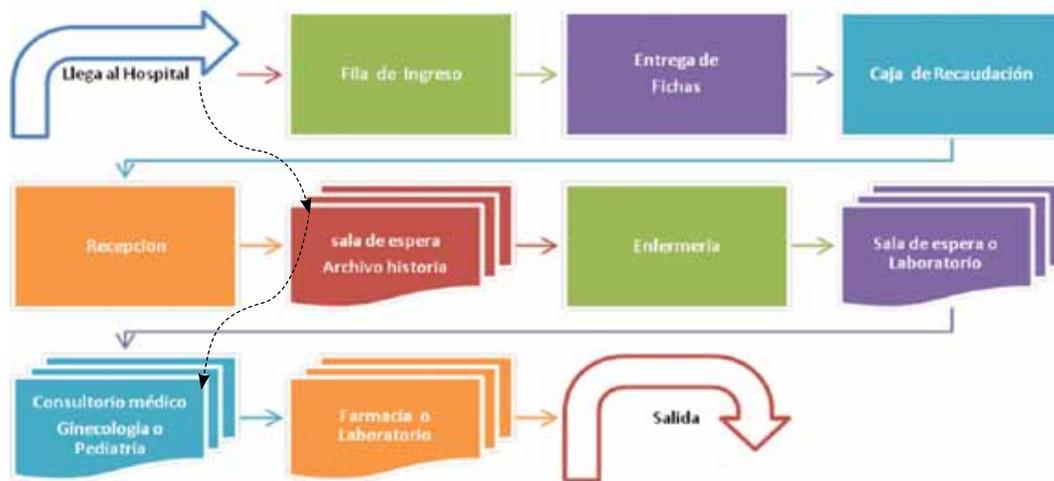
Aunque en el HMILA se está incorporando un enfoque diferenciado dirigido a el/la adolescente, y principalmente a la adolescente embarazada, todavía este interés proviene solo de determinados funcionarios en la Consulta Externa, no se consolida como una política institucional.

De acuerdo con las observaciones realizadas en el HMILA, hay problemas en el recorrido de las usuarias, especialmente en lo que tiene que ver con la confidencialidad, sensibilización del personal y tiempo de espera. Algunos de estos criterios se ven afectados por la infraestructura incómoda y pequeña que se dispone para la atención de los/as adolescentes.

Pese que la mayoría del recorrido se establece en una misma área, denominada “Consulta Externa”, el tiempo aproximado que las adolescentes están en el servicio de salud es de hasta de 4 horas. Sin embargo, a quienes están embarazadas se les permite no hacer fila y obtener una cita previa con la/el doctor sin necesidad de recabar ficha, reduciendo su tiempo de espera a unas 2 horas, aproximadamente.

Todavía muchas adolescentes embarazadas no conocen que existe el procedimiento citado, no les informan del mismo, por lo que necesariamente hacen el mismo recorrido de las demás usuarias. El siguiente gráfico traza el recorrido de las usuarias tanto en el horario de la mañana como en la tarde. La flecha punteada significa el acortamiento del recorrido cuando la adolescente ya tiene una consulta previa.

Gráfico 6
Flujo/recorrido de la adolescente embarazada en el Hospital Materno Infantil Los Andes



Fuente: Elaboración propia en base a Guías de Recorrido de Usuarias en el Hospital y Registro de Observación, mayo 2013.

Una adolescente entrevistada aludió que efectivamente en el HMILA existe un acceso diferente que en otros servicios de salud. Cuando llega se aproxima directamente al archivo, entrega su carnet, se registra, se abre su historia clínica, le explican que la llamarán de enfermería para

atención y luego para atención médica. Cuando es usuaria antigua la adolescente viene con cita previa y su tiempo de espera disminuye.

Como gran parte de las adolescentes embarazadas desconocen que pueden acceder a una consulta solicitando cita previa, llegan a tempranas horas (5 ó 6 AM) y hacen fila afuera del servicio hasta que éste abre sus puertas (7:30 AM) para repartir las fichas de llegada. Para hacer fila las adolescentes van solas, con sus madres o familiares, lo cual implica un riesgo por la condiciones de inseguridad de la zona. Cuando las adolescentes tienen pareja, son ellos quienes hacen la fila para recabar la ficha.

Es decir, acortar el recorrido, y no tener que pasar por todos los pasos como lo indica el gráfico anterior, dependerá de la información con la que cuenta la usuaria y no con una clara política institucional y de información pública sobre la atención diferenciada.

Llama la atención que en la consulta externa de la tarde no hay ninguna preferencia en la atención a las adolescentes embarazadas, teniendo que hacer el mismo recorrido de las demás usuarias no adolescentes. De acuerdo con las entrevistas, la preferencia de acudir en las mañanas se debe a la atención más diferenciada que reciben, además de haber mayor número de profesionales. De todas maneras, ésta es una limitante para aquellas adolescentes que estudian o trabajan en horarios de la mañana, pues si deciden ir al servicio faltan a sus actividades, sin embargo, no tienen otra alternativa, como mencionaron dos entrevistadas que dejaron de ir a su trabajo por el control médico de sus hijos/as menores de 1 año, ya que aun disponiendo de una ficha previa deben esperar mucho hasta ser atendidas (Entrevistas a adolescentes embarazadas después de la consulta, mayo 2013).

En el HMILA después de repartirse las fichas a las usuarias, éstas van directamente a la ventanilla de recepción. Cuando llevan su carnet de aseguradas al SUMI no pagan la consulta. Recepción y archivo están en un solo espacio y son las mismas personas las que atienden, allí se solicitan requisitos, ya sea para la primera consulta o un control médico. Si es usuaria antigua llega con cita previa, si es nueva tiene que abrir su historia clínica y se la vincula a la especialista en adolescencia para su primer contacto, luego se la deriva a la especialidad requerida, farmacia, exámenes complementarios o ecografía.

Los dos hablamos. Cuando está mal la bebé yo voy en la mañana. Saco ficha, salgo a las 5 y media (AM), a las 7 (AM) saco ficha, voy a mi trabajo y hasta las 9 (AM) ya le ven a mi bebé. Nos comunicamos realmente (Entrevista N° 4: Hombre adolescente de 19 años, mayo 2013).

Cuadro 13
Requisitos para las usuarias adolescentes en el Hospital Materno Infantil Los Andes

Usuaría nueva/primer vez	La usuaria debe presentar su cédula de identidad o certificado de nacimiento. Si no tiene ninguno de estos documentos se la deriva a trabajo social para que viabilicen su atención. Las adolescentes menores de 18 años deben estar acompañadas de un adulto. Sin embargo, muchas llegan solas, en ese caso trabajo social avala su atención y realiza el seguimiento a la adolescente.
Usuaría continua	La usuaria debe llevar consigo el carnet de salud, si se olvidó o lo perdió tiene que esperar a que en recepción/archivo se ubique su historia clínica para la atención, esto les demanda más tiempo para ser atendidas.

Fuente: Elaboración propia.

Cuando las adolescentes son menores de 18 años, queda al criterio de los/as funcionarios el trato que se les debe otorgar. Sin embargo, si una adolescente llega con su pareja (sea mayor o de su misma edad) o acude para la atención de su hijo, se la trata como a una persona adulta, no se solicita autorización del padre o la madre de familia, incluso si la usuaria tiene 16 años y está embarazada es considerada mayor de edad.

En los casos en que las usuarias que llegan al servicio son menores de 16 años, se las remite a trabajo social. Es solo en esas circunstancias que se les exige la presencia de su padre, madre u otro/a tutor/a. Por otra parte, cuando se sospecha que pueden estar embarazadas se las deriva a la oficina de trabajo social, allí se averigua el origen del embarazo. En algunos casos resultan víctimas de violencia sexual, cuando esto sucede se remite el caso a la Defensoría de la Niñez y Adolescencia para su proceso legal, y se tiene que ubicar obligatoriamente a los/as familiares de la adolescente.

Los procedimientos mencionados intimidan a las adolescentes y, muchas veces, ya no quieren volver al servicio de salud por miedo o temor a sus padres y a la censura social. Desafortunadamente, el Hospital no cuenta con un servicio de atención psicológica para brindar un apoyo y orientación adecuada a la adolescente, es el área de trabajo social quien se encarga de resolver esos temas.

Respecto a la presencia del padre o madre, no hay claridad en la normativa. Para algunos/as proveedores, los/as adultos tienen que estar presentes, para otros esto no es necesario. La consideración que la adolescente ya es adulta porque es madre, se repite tanto en los servicios de salud como en las familias de los barrios consultados.

Además de la consideración y trato de “adulta”, predomina la condición de “soltera”. Situación confirmada por otro estudio en el que los datos muestran que las mujeres que dieron a luz en los hospitales (entre ellos el HMILA), son solteras, tienen menos de 15 años o están entre los 16 y 19 años de edad, ellas solas asumen la responsabilidad del nuevo ser (UNFPA 2013).

Dado que archivo y recepción se encuentran en la misma área, no hay privacidad ni confidencialidad. Las preguntas se las realiza en tono alto y todos/as quienes se encuentran en sala de

espera escuchan. Si las adolescentes hablan en tono bajo, se les pide que hablen más fuerte. Lo dicho es uno de los puntos del recorrido que las adolescentes califican como “muy malo”, considerando un “maltrato” lo que tienen que experimentar. Cuando las adolescentes vienen de la provincia es peor, dado que ellas hablan muy poco, tienen vergüenza, y como no se les explica con poca paciencia prefieren no consultar, solo esperan y aceptan el trato que reciben (Entrevistas a adolescentes después de la consulta, mayo 2013).

La sala de espera es un espacio que resulta reducido por la gran cantidad de pacientes. Con la presencia de niños y acompañantes, algunas de las usuarias se quedan paradas mientras esperan a ser llamadas para su consulta. En las horas de la tarde la sala de espera es mucho más despejada, pues la atención se concentra en la mañana.

La primera atención de salud a la que acceden las adolescentes en el HMILA, es la consulta en enfermería. Allí son atendidas por una auxiliar de enfermería que les controla los signos vitales. Las usuarias adolescentes mencionaron que en esta trayecto del recorrido el trato es “deficiente”, casi siempre las atienden apuradas (Entrevistas a adolescentes después de la consulta, mayo 2013).

Las usuarias tienen opción de ingresar a las consultas de Ginecología, Pediatría u Odontología. Para ingresar a cualquiera de las atenciones en el consultorio, generalmente, la usuaria es llamada por su nombre por la enfermera, quedando en evidencia el tipo de consulta a la que está ingresando. Más adelante se detalla el abordaje del consultorio médico.

Dependiendo de la consulta, las usuarias son remitidas a exámenes de laboratorio o a farmacia, ambas dependencias son las únicas que están ubicadas fuera de la Consulta Externa, por ello, cuando requieren acudir a estos lugares deben dirigirse al edificio contiguo, de ser necesario vuelven nuevamente a la consulta o se retiran del Hospital.

Tiempo de espera en el recorrido de la usuaria

Como ya se mencionó, el tiempo que una usuaria no adolescente permanece en el HMILA puede llegar a ser hasta de cuatro horas, pero en el caso de las adolescentes embarazadas, las más de las veces, puede llegar a ser mucho menor el tiempo de permanencia. Esto último se evidencia en el seguimiento que se realizó a 10 usuarias y su demora en cada lugar en el que estuvieron. En general se observó que sobre todo, hay tardanza entre el tiempo que transcurre en la sala de espera y la atención en el consultorio médico.



Cuadro 14
Recorrido de las adolescentes en el Hospital Materno Infantil Los Andes

	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10	Promedio tiempo	
Hora de llegada	11:10	6:45	8:00	9:24	6:45	9:30	8:30	9:00	8:30	8:00	-	
RECORRIDO	Fila para Ficha	6:45			6:45						-	
	Caja de Recaudación										-	
	Información Recepción		7:30			7:30		10:08		8:05	-	
	Enfermería	11:10	8:45	08:30	9:36	9:30	9:50	9:30	10:10	8:40	9:10	-
	Médico/a	11:20	9:40	09:30	10:38	10:58	10:10	10:21	12:01	10:10	10:15	-
	Laboratorio									10:40		-
	Farmacia			09:50	10:55		10:30	10:31		10:35		-
Hora de salida del hospital	11:41	9:49	10:20	11:05	11:10	10:35	10:38	12:22	10:45	10:50	-	
Total tiempo de permanencia	00:31	3:04	2:20	1:20	4:25	1:05	2:08	3:22	2:15	3:04	2:35	

Fuente: Elaboración propia en base a Guías de Recorrido de Usuarías en el Hospital y Registro de Observación, mayo 2013.

Esta investigación no realizó observaciones detalladas en otras dependencias, como son las salas de internación y las áreas de emergencia. Sin embargo, se hicieron algunas visitas a esas dependencias en donde se pudo observar que la atención diferenciada se práctica solamente en la Consulta Externa.

Aquí por ejemplo, en nuestro hospital lo que nos hace falta es la infraestructura. El hospital es muy pequeño, nos faltan camas y debería haber una sola sala para madres adolescentes, para que les den charlas y una atención diferenciada, pero no se puede hacer eso. Mezclamos a todas la pacientes, y a veces las pacientes están en las camillas esperando que se desocupen y la demanda es bastante. Tenemos de 15 a 20 partos al día, se ha incrementado bastante en adolescentes. En adolescentes al día deben ser unos 6 ó 7 (partos), y el problema de esto es (...) Este sábado, por ejemplo, tuvimos una que abandonó a su bebé, mirá, aprovechó que era sábado, agarró sus cosas y se fue y lo dejó su bebé en la cama, y otra igual, de unos 15 años igual. Ese es el problema, abandonan los hijos, y si no los dejan acá los dejan afuera. No podemos tener un control, darles charlas. Estas usuarias no entran por la consulta externa, llegaron nomás a sus partos (Entrevista N° 2: Autoridad del Hospital, abril 2013).

Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales en los servicios de salud son fundamentales para valorar cómo es la calidad de la atención, la competencia técnica del personal y el ejercicio de los derechos humanos. Más aún, las relaciones interpersonales influyen en las personas para que decidan acceder a un servicio de salud, continuar con un tratamiento y aceptar las buenas prácticas

para la salud. De acuerdo con la *Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes*, la interacción, la promoción y la prevención de la salud, el desarrollo de habilidades como la comunicación, la negociación, la confianza, la cooperación y la empatía, pueden desarrollar hábitos de pensamiento y sentimientos en las personas, ayudándolas a encontrar soluciones no violentas (Ministerio de Salud y Deportes 2013).

En esta investigación para identificar cómo se dan estas relaciones interpersonales se aplicó una guía, que incluyó la observación de las interacciones entre: 1) el personal de salud y las usuarias, 2) entre las mismas usuarias y 3) entre el personal de salud. Esencialmente se observaron: comportamientos de cortesía (como el saludo), además del trato y la transmisión de mensajes mediante la comunicación verbal y no verbal.

El anterior proceso cobra mayor significancia con las adolescentes embarazadas o madres jóvenes que llegan a un servicio de salud con temores, conflictos o presionadas, requiriendo de una buena y adecuada interacción para sentirse seguras y cómodas, y así brindar información que oriente al personal sobre sus necesidades, para luego animarse y decidir cuidar su embarazo, atender su parto y seguir los cuidados recomendados para la madre y el/la recién nacido en el hospital.

Las relaciones interpersonales también están determinadas por relaciones de poder, es decir, influyen la clase social, el género, la edad y la pertenencia étnica cultural. Dado que en el recorrido por el HMILA las usuarias pasan por diferentes puntos de contacto, están expuestas a diversos tratos y modos de comunicación. Los principales modos de interacción observados fueron:

- *Modo cordial y de confiabilidad:* Se da, principalmente, con algunas enfermeras y en la consulta de pediatría. Se escuchan expresiones como “me escucha”, “me brinda información”, “me saluda”, “sonríe”, entre otras.
- *Modo de censura:* Algunos/as proveedores de salud expresan abiertamente su cuestionamiento a las adolescentes embarazadas, subiendo el tono de voz cuando les hablan, llamándoles la atención de manera severa por no cumplir un tratamiento o culpabilizándolas de su embarazo cuando no quieren colaborar para la toma de una muestra o examen. Surgen expresiones como: “Bien que sabías lo que hacías”, “Ahora sí te pones nerviosa, tienes miedo, y no lo hiciste cuando tenías que hacerlo”.
- *Modo autoritario:* Algunos/as proveedores/as de salud indican a las adolescentes lo que “deben” hacer, sin que ellas puedan replicar.

La competencia técnica de los/as proveedores de salud

En calidad de atención y la competencia técnica en la consulta hacen referencia al desempeño que el/la proveedor tiene para resolver las necesidades de las usuarias adolescentes, es decir, las habilidades, actitudes y capacidades que haya adquirido para responder a esas necesidades de manera adecuada, correcta y veraz, de acuerdo con las normas y protocolos de atención, y con el contexto y características de la persona que consulta (REPROLATINA 2010).

Además de la capacidad técnica (conocimientos técnicos y normativos), en la competencia técnica tienen mucha relevancia las habilidades de comunicación y las relaciones interpersonales. La manera cómo se trata e interactúa con las usuarias y el modo cómo se establece la comunicación (verbal y no verbal, fluida, directa o muy técnica e indirecta) en cualquiera de las atenciones, determina, en muchos casos, su comprensión y la importancia que le otorguen a los cuidados de la salud, la realización de los exámenes, la continuidad del tratamiento y el retorno al servicio oportunamente.

En la competencia técnica un adecuado abordaje de la adolescente, y, en particular, de la adolescente embarazada, resulta aún más importante, por las implicaciones emocionales, mentales y físicas que están presentes. El primer contacto con la adolescente es fundamental para la atención, se debe lograr una relación horizontal y abierta, no cuestionadora.

En esta investigación se observaron sistemáticamente (mediante una guía) un total de 7 atenciones a adolescentes embarazadas, en las consultas médicas de Pediatría y Ginecología. También se hicieron observaciones no sistemáticas en atenciones de Enfermería. Como se mencionó en el acápite metodológico, para estas observaciones se siguió la Guía de Observación de la Competencia Técnica desarrollada por REPROLATINA (2010).

Cabe resaltar que los pasos del Modelo de Atención Diferenciada de Adolescentes y sus indicadores establecidos en la guía de observación de la investigación, también están incorporados en las Normas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Anticoncepción:⁷

PASOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DIFERENCIADA DE ADOLESCENTES

1. Establece una relación cordial.
2. Identifica las necesidades.
3. Responde a las necesidades en la consulta.
4. Educa e informa.
5. Verifica la comprensión.
6. Mantiene un ambiente de cordialidad.

Dado que el enfoque de la calidad de atención plantea una perspectiva integral, y tal como fue propuesto en la metodología, los datos provenientes de las observaciones de la competencia técnica han sido complementados y enriquecidos con las opiniones de las usuarias entrevistadas a la salida de las consultas, la información de los grupos focales de proveedores de salud, personal administrativo y entrevistas a funcionarios con cargos de responsabilidad (hombres y mujeres Directores, Jefes de Programa o Gerentes de Red).

7 Véase: Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2009-2015 y Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción 2010.

Sobre las consulta médicas

Se observó que el promedio de atención en las diferentes consultas, de acuerdo a la duración en minutos, fue de: Pediatría 11, Ginecología, 14 y Enfermería 9. En las consultas y atenciones observadas, las usuarias atendidas tenían entre 16 a 19 años de edad.

La consulta de Ginecología, es en donde se atienden a las adolescentes que van por una consulta ginecológica u obstétrica. Es el consultorio más importante para las atenciones de SSSR. Si bien se observa que en las consultas se cumplen con algunos pasos del Modelo de Atención Diferenciada, no se aplica de manera completa el enfoque diferenciado, principalmente porque no se profundiza en las necesidades de las adolescentes. A continuación se detallan algunos aspectos:

Cuadro 15
Competencia Técnica en Ginecología-Hospital Materno Infantil Los Andes

CRITERIO	OBSERVACIÓN
Establece una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> Este criterio se cumple siempre. La proveedora de salud se presenta, saluda y pregunta el nombre de la usuaria. No se utiliza diminutivos o sobrenombres. En las consultas participa también un médico interno de medicina, quien no es presentado, no se le explica a la usuaria el motivo de su presencia.
Identifica las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> Si bien se pregunta el motivo de la consulta, no siempre se profundiza en las diferentes necesidades de la usuaria. En los casos de embarazo en adolescentes, no se habla con la usuaria sobre sus sentimientos, dudas y expectativas respecto al mismo. En las consultas para planificación familiar e ITS, el abordaje de la sexualidad no se toma en cuenta. Los diálogos sobre estos temas están más orientados a la sintomatología clínica.
Responde a las necesidades en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> En las consultas prenatales se toma en cuenta el abordaje a la adolescente embarazada, siguiendo el protocolo de atención. Tanto la proveedora como el médico interno examinan a la usuaria. Durante el examen se entabla diálogo con la usuaria como también con el médico interno. Se explica cómo se realizará la evaluación, los exámenes y la medicación. A veces se puede llegar a solicitar a la usuaria que se haga una ecografía de manera particular, ya que el Hospital no tiene el servicio los días miércoles y viernes.
Educa e informa	<ul style="list-style-type: none"> Las informaciones son brindadas utilizando un lenguaje sencillo y adecuado a la persona. Se explica en detalle el diagnóstico, así como los exámenes solicitados. En las consultas prenatales, no se orienta e informa a la adolescente sobre la preparación para recibir a su bebé, el apoyo emocional y físico que requiere, el amamantamiento, los cuidados de la madre y el recién nacido y un plan para el parto. En las consultas de anticoncepción e ITS, se brinda información muy rápida sobre las relaciones sexuales y la prevención, no se utilizan materiales visuales para facilitar la comprensión. En las consultas post natales, se motiva e inicia un diálogo con la adolescente sobre sus intenciones reproductivas e identifica la necesidad del uso de métodos anticonceptivos. No se incluye la anticoncepción de emergencia como parte de los métodos anticonceptivos. Se entrega un tríptico sobre métodos anticonceptivos (fotocopia).
Verifica la comprensión	<ul style="list-style-type: none"> No siempre se verifica la comprensión de la usuaria, se considera que son claras las informaciones otorgadas durante la consulta. No se refuerza el derecho a la confidencialidad.
Mantiene un ambiente de cordialidad	<ul style="list-style-type: none"> Se motiva y marca el retorno a la próxima cita y se refuerza la realización de exámenes complementarios. Se refiere a otros servicios cuando es necesario. Se motiva para la reconsulta del menor y si la usuaria requiere apoyo y otro tipo de información.

Fuente: Elaboración propia.

El consultorio de Pediatría es identificado en el Hospital como el consultorio de la Atención Diferenciada a la Adolescente, allí se atiende a los/as niños de las adolescentes y se toma en cuenta las necesidades de las propias adolescentes. En este consultorio la médica responsable cuenta con el apoyo de dos adolescentes, estudiantes de colegio que fueron capacitadas por el personal de salud del Hospital, ellas motivan a las madres y juegan con el/la niño mientras la madre se ocupa de la consulta. Por lo tanto, la madre se siente tranquila y puede dialogar con tranquilidad. También las asistentes sirven de puente de comunicación, ya que muchas adolescentes quieren hacer alguna consulta a la Doctora o recabar cita para otro día. En las consultas observadas se encontró lo siguiente:

Cuadro 16
Competencia Técnica en Pediatría - Hospital Materno Infantil Los Andes

CRITERIO	OBSERVACIÓN
Establece una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> • Se saluda amigablemente a la usuaria por su nombre, cuando es una reconsulta se nota más familiaridad en el trato. • Cuando la usuaria está acompañada de su pareja u otro/a familiar se les hace ingresar a la consulta, mas no es una práctica regular. • Se brinda un ambiente de confianza pero no de confidencialidad o privacidad. El consultorio es muy pequeño, y en ocasiones en un mismo espacio hay hasta 6 personas (la profesional, una de las asistentes adolescentes, un pasante de origen extranjero, la enfermera, la usuaria y su bebé).
Identifica las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Regularmente se pregunta el motivo de la consulta, y se aprovecha la oportunidad para indagar sobre los cuidados que recibe el/la bebé y hablarle a la madre adolescente sobre sus intenciones reproductivas, identificando la necesidad de utilizar métodos anticonceptivos. • Cuando es oportuno, se hace la referencia al servicio de Ginecología o a Enfermería para orientación.
Responde a las necesidades en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Al igual que en Ginecología, este consultorio también tiene un/a médico interno, quien realiza los exámenes físicos, en tanto que la médica verifica la información y explica los procedimientos.
Educa e informa	<ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza un lenguaje apropiado para la adolescente y ofrece información amplia sobre los cuidados para el/la recién nacido y la madre. • Se promueve las decisiones de la adolescente, haciéndole ver la importancia de informarse para tomar decisiones adecuadas.
Verifica la comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • Se ejercita la escucha activa, promoviendo que la adolescente hable en un ambiente de confianza.
Mantiene un ambiente de cordialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Se pone a disposición de la usuaria, se motiva para la reconsulta de el/la menor, y si la usuaria requiere apoyo u otra información se le invita a visitar y marcar el retornó para el/la menor.

Fuente: Elaboración propia.

En el consultorio de Enfermería la atención difiere de acuerdo con la enfermera encargada del consultorio. Es menester aclarar que en este consultorio se atienden a todas las mujeres y los/as niños que acuden al Hospital por diferentes atenciones. Se decidió observar el consultorio de Enfermería porque algunas entrevistadas indicaron que en ocasiones las enfermeras brindan orientación a las adolescentes en SSSR, incluyendo planificación familiar. A grosso modo, las observaciones muestran que:

- Algunas enfermeras abordan a la adolescente de manera adecuada, brindando confianza. Les explican que para una próxima consulta no tienen que hacer fila.
- La mayoría brinda un trato amable, pero ninguna de las enfermeras se presenta.
- La atención está concentrada en obtener la información de datos vitales. En algunos casos brindan información sobre SSSR.
- No se establece un diálogo con la usuaria, y el ambiente no es propicio para ofrecer privacidad y confidencialidad. No es un espacio de información y educación, pues las atenciones son muy rápidas.
- Cuando se atiende a adolescentes con un/a hijo la comunicación va dirigida, principalmente, al cuidado de el/la niño. Ese momento no es aprovechado para brindar atención a la madre adolescente, generalmente, solo se le indica que sus “signos vitales están bien”.
- Durante las atenciones se tiene poco tiempo para verificar si las informaciones brindadas fueron comprendidas, por ejemplo, sobre signos vitales, necesidad de vacunas, entre otras.

Las percepciones de las usuarias respecto a la competencia técnica

La competencia técnica para las usuarias adolescentes está, principalmente, referida a las relaciones interpersonales, en muy pocas circunstancias mencionan los aspectos técnicos de la consulta. Parten del principio que el/la médico sabe lo que hace. Para ellas la confianza y resolver sus dudas son importantes al momento de considerar si recibe una buena atención. Las adolescentes no son usuarias que conocen sus derechos en las atenciones en salud, por tanto, tampoco los demandan.

Tomando en cuenta las circunstancias de miedo, temor e inseguridad con que las adolescentes embarazadas llegan a los servicios de salud, es suficiente para ellas ser escuchadas y, sobretudo, evitar la exposición ante las demás personas. Después de la consulta la mayoría de las usuarias entrevistadas manifestó satisfacción con la atención recibida, sobresaliendo la respuesta: “Buena atención de los médicos”. De la misma manera, algunas parejas de estas adolescentes embarazadas manifestaron satisfacción por la atención recibida.

Con la prueba hemos ido. Nos dijeron que tenían que hacer otra prueba para estar seguros realmente y nos hicieron de golpe. Al ver que mi esposa era joven le ha atendido una doctora que atiende específicamente a madres jóvenes, a ella le dijeron y vio que estaba en alto riesgo La doctora dijo que el padre de mi esposa tenía que venir a firmar, con su nombre y su carnet. Fui y me dijeron que era joven, y como la embaracé la doctora me habló de buena manera: “Pero ya está hecho, tienes que tener a tu bebé”. Me apoyó, no me desanimó. Me dijo que para ser padre tengo que ser responsable. Buena la doctora (Entrevista N° 4: hombre adolescente de 19 años, mayo 2013).

Algunas usuarias que ya han atendido su parto en el HMILA perciben que recibieron una buena atención porque su parto fue gratuito. Incluso hay quienes piensan que las “ayudaron” porque se movilizaron para atender su parto cuando ingresaron a emergencias. Sobre estos ejemplos vale la pena reflexionar y preguntarse hasta qué punto las usuarias desconocen que la obligación del hospital es atender su parto, brindar las prestaciones del SUMI, como ordena la ley y que no deben ni pueden rechazar las emergencias. Estas acciones son valoradas por las usuarias como una buena atención, “un favor”, y no como su derecho.

Yo digo que no es que en (el Hospital) Los Andes atiendan bien, pero hay que tener conciencia de que hay más gente que recurre a los centros públicos y no a un privado. (...) Ahí te dan más cuidado porque pagan, mientras en un público no pagamos, gratis nos atienden. A las mujeres que estamos embarazadas nos cubre el SUMI y hay que tener conciencia también de que hay harta gente. Digamos, yo puedo estar en labor de parto y quiero que me atiendan rápido, pero hay muchas personas que lo necesitan más que yo. A lo que yo he podido ver que aquí atienden el parto, pero lo que rebalsa la gente, es mucha gente, y por eso nos descuidan, hay que tener conciencia que ya nos están atendiendo gratis (Entrevista N° 3: Adolescente de 17 años, marzo 2013).

Las prácticas más cuestionadas por las usuarias y que interfieren con la buena calidad de la atención son:

- El tiempo de espera para ser atendidas (sobre todo las que no han tenido cita previa).
- El poco tiempo en las consultas.
- La poca información brindada, además del escaso material educativo.

- *En el centro de salud me atienden bien y cuando voy a los controles de mi hijito de la misma manera. Algunas veces las enfermeras nos orientan cómo tenemos que alimentar a la wawa, cuándo tenemos que hacer las vacunas. Nos explican sobre el carnet. El único problema es que siempre está lleno, hay que esperar mucho, ir temprano para tener la ficha.*
- *Me atendieron normal y tuve un parto normal en el Hospital Los Andes. La doctora me decía que tenía que caminar bastante, no recuerdo que me hubiese orientado en otras cosas. No tienen mucho tiempo. Muchas veces fui y el centro siempre está lleno.*

(Entrevistas a adolescentes embarazadas después de la Consulta, mayo 2013)

Las percepciones de los/as proveedores de salud sobre la Competencia Técnica

Por otra parte, en el Grupo Focal y durante las entrevistas con los/as proveedores se manifestó que no todos/as están preparados para una atención integral de el/la adolescente. Cuando dan

capacitaciones sobre éste tema quienes asisten son el personal que no atiende las consultas (Trabajo Social o Enfermería), tampoco se incluye al personal de salas de internación. Es decir, no se involucra a “todo el personal”, por lo que no se puede hablar de una “atención diferenciada” en el HMILA, tomando en cuenta la integralidad de los servicios.

La reducida e inadecuada infraestructura del hospital es otro de los factores que influye en una buena atención. Los/as proveedores sienten que están obligados a atender a las personas en condiciones muy incómodas y sin privacidad. A ello agregan que no hay suficientes recursos humanos para responder adecuadamente a las consultas o internaciones. Sin embargo, y como se explicó en la observación de una de las competencias técnicas, la usuaria muchas veces está rodeada de varias personas (3 ó 4), una situación que tiene que ver con una buena organización de los servicios en general.

Algunos/as proveedores aluden el desconocimiento de la existencia de normas para la atención diferenciada de el/la adolescente, otros/as manifiestan conocer el marco general pero no sus detalles. Aducen que hacen falta recursos humanos para la orientación, no tienen el tiempo suficiente porque deben atender en el Hospital.

- *Que se involucre más la gente de obstétrica, no se involucran mucho, es la verdad. Además, ellos no hacen, los pediatras somos los que hacemos la orientación de planificación familiar, obstetricia debería hacerlo pero no lo hace. Nosotros como pediatras somos los que estamos dando la orientación, pero que les dé el obstetra y haga la planificación, nosotros hacemos.*
- *Porque existe una actitud. El especialista, especialmente en obstetricia en general, tiene una actitud, comienza un trabajo y termina en algo muy específico, no va más allá, no ve la parte holística, inclusive con ITS. Muy raro es el que da el tratamiento a su pareja. Nosotros como pediatras tenemos que buscar a la pareja porque estamos viendo a niños. No sé si es la formación que se tiene en la universidad, solamente ven a la mujer, si tiene un cirujía le sacan los puntos y listo, no ven más allá, no le digo el 100% pero la mayoría.*
- *Nosotros vemos que viene la mamá con una en la panza, viene a otro dando pecho, viene a otro cargando, otro caminando. Decimos: “Qué pasó con ésta mamá”. Entonces comenzamos a hacer la orientación en planificación familiar.*
- *Sensibilización sobre el tema (atención diferenciada) es escasa. En el 2007 algunos recibieron alguna capacitación sobre el tema. No se ha debido de hacer. El no poner en práctica lo que se hemos aprendido, todo lo que se hace con los adolescentes es casi voluntario*

(Grupo Focal N° 1: Proveedores de salud, febrero 2013)

Al respecto, el Director del HMILA reconoce que hay problemas de infraestructura y otros temas, pero principalmente considera que es importante la reorganización de los servicios y promover la sensibilización de los recursos humanos hacia la situación de los y las adolescentes. Como más adelante se describirá, hay otras atenciones que están requiriendo un abordaje integral con enfoque de derechos en emergencias y salas de parto, como las hemorragias del primer semestre del embarazo, el embarazo a causa de violencia sexual, las ITS y el VIH asociados con el embarazo, los partos en adolescentes menores de 15 años, entre otras. Estas consultas son rutinarias en el Hospital, pero no ingresan por la Consulta Externa. Se trata de captar, en la medida de lo posible, a estas usuarias para darles un seguimiento, pero muchas de ellas ya no retornan al Hospital (Entrevista N° 1: Director de Hospital, febrero 2013).

Disponibilidad, acceso e integralidad de los servicios de SSSR

Actualmente, en el HMILA algunos de los servicios de SSSR están disponibles para los/as adolescentes, incluyendo la atención de las hemorragias del primer semestre del embarazo.

De acuerdo con las normas nacionales, un sistema integral de servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva debería incluir las siguientes prestaciones:

Cuadro 17
Prestaciones del sistema integral de servicios de SSSR

<ul style="list-style-type: none"> • Derechos sexuales. • Derechos reproductivos. • Inicio de las relaciones sexuales. • Autoerotismo. • Placer y erotismo. • Mitos y creencias sobre sexualidad y afectividad. • Equidad de género en las relaciones. • Orientación sexual. • Negociación sexual, vinculada a la toma de decisiones de la vida sexual y reproductiva. • Cuerpo, imagen corporal, auto-percepción, crecimiento y desarrollo, anatomía y fisiología de los genitales externos e internos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo menstrual. • Erecciones y eyaculaciones. • Respuesta sexual humana. • Higiene corporal y de los genitales. • Autoexamen de mamas y observación de los genitales (considerando la edad y desarrollo). • Anticoncepción. • Embarazo, parto y puerperio. • Aborto provocado. • Infecciones de transmisión sexual e infección VIH. • Prevención de la violencia y abuso sexual.
--	--

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes 2013.

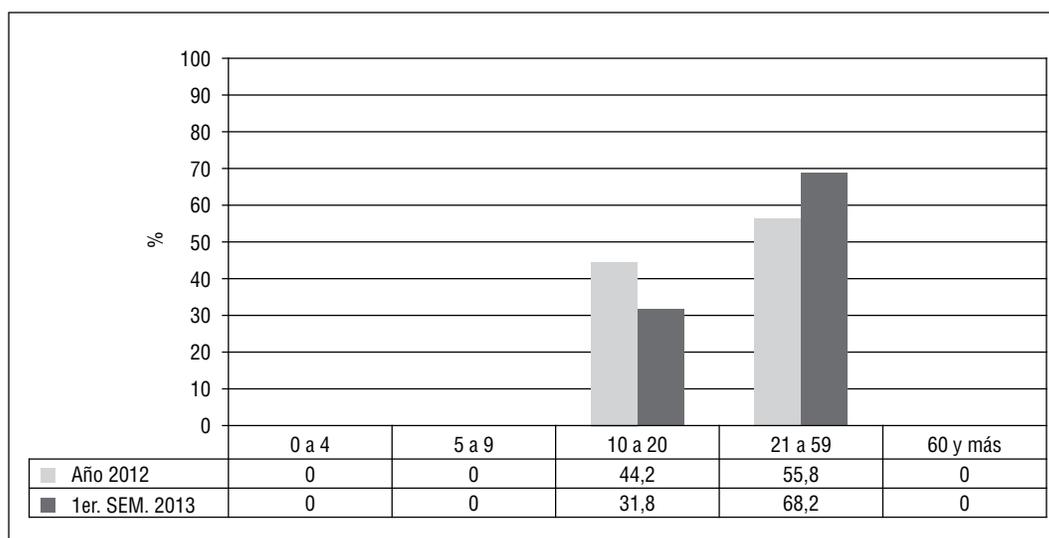
De estas prestaciones el HMILA ofrece: embarazo, parto y puerperio. Aborda DSDR, ciclo menstrual, auto examen de mama y observación de genitales, anticoncepción, ITS/VIH, prevención de la violencia y el abuso sexual. Las consultas en relación con el abordaje de la sexualidad, si bien fueron referidas por algunos/as proveedores, no se encontraron registros al respecto y las usuarias entrevistadas mencionaron no haber recibido ninguna información sobre el tema.

Si bien el HMILA ofrece atenciones en SSSR, no siempre se hacen desde el enfoque de la integralidad de los servicios, es decir, en las consultas prenatales no se aborda, por ejemplo, el tema de violencia sexual, o en las consultas de planificación familiar no se enfatiza en el enfoque de la doble protección.

La importancia de las coberturas del embarazo en adolescentes

El HMILA registra altas coberturas de atención en control prenatal. En el 2012 hubo 282 consultas nuevas y 647 consultas repetidas en embarazadas menores de 20 años. Entre enero y agosto de 2013 se tuvo 203 consultas nuevas y 554 consultas repetidas. Es importante el dato de las consultas repetidas, porque es un indicador de continuidad en la captación de adolescentes embarazadas en los servicios. Además, si se compara la captación con las no adolescentes se observa que hay un importante número de adolescentes embarazadas.

Gráfico 7
Cobertura de embarazos en adolescentes por grupo de edad en relación a embarazos nuevos captados en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y 1er semestre de 2013)

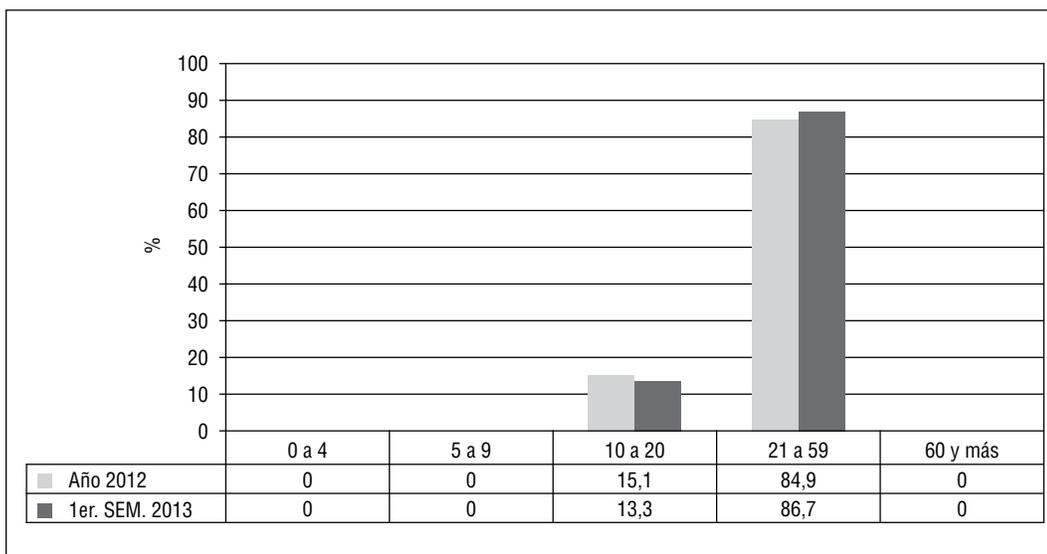


Fuente: Trujillo 2013 en base a datos del Servicio de Estadísticas HMILA.

La atención del parto y sus implicaciones

Sobre los partos atendidos en el HMILA, se presentan altas coberturas, más del 80%, incluso más alto que el promedio nacional, que de acuerdo a la ENDSA 2008 llegó al 68% (INE/Ministerio de Salud y Deportes 2008). En relación con las adolescentes, por lo general, quienes hacen sus controles prenatales en el Hospital también atienden sus partos allí. Asimismo, hay un porcentaje importante de adolescentes que fueron referidas de otros servicios de salud o que accedieron espontáneamente, sin haber visitado nunca antes éste u otro servicio.

Gráfico 8
Cobertura de embarazos en adolescentes por grupo de edad en relación a partos atendidos
en servicio en el Hospital Materno Infantil Los Andes
(2012 y 1er semestre de 2013)



Fuente: Trujillo 2013 en base a datos del Servicio de Estadística HMILA.

A nivel nacional, la atención de partos de adolescentes registrados en servicios sigue siendo baja en relación con el número de embarazos. El anterior gráfico permite notar que en el HMILA el 15% del total de partos atendidos en el 2012 y primer semestre del 2013 corresponden a adolescentes entre 10 a 20 años de edad, en relación al 85% de partos de mujeres de 20 a 59 años de edad.

Si bien hay adolescentes que llegan al parto, muchas de ellas no pasan por las consultas prenatales. Como se relató en la primera parte de los hallazgos, las adolescentes tardíamente buscan ayuda y deciden ir a un servicio de salud. En la atención del parto en el HMILA los/as proveedores mencionan que, por lo general, las adolescentes que no hicieron un control prenatal y llegan a tener su parto de emergencia revelan diferentes particularidades:

- Sus familiares no sabían que estaba embarazada.
- Los embarazos están asociados con abuso o violencia sexual.
- Tienen otros problemas asociados (ITS, en algunos casos VIH).
- Algunas son menores de 15 años.

Ese día se enteró de que estaba esperando el bebé y el padre se encolerizó y fue todo un escándalo, él vino porque su hija le dijo que tenía dolor de estómago y ese día dio a luz (Entrevista N° 3: Proveedor de salud, marzo 2013).

Hay bastantes embarazos en adolescentes, inclusive desde 11 años por problemas de violación, más que todo. Generalmente lo que se hace aquí es que a la madre adolescente se le hace una cesárea porque el parto es muy traumático, prácticamente son niñas de 11, 12 años, entonces el parto de ellas es muy traumático y para evitar ese trauma entonces se les hace cesárea con el consentimiento de los padres. Generalmente vienen solas, con amigas y a veces con su madre, pero siempre vienen solas porque hasta la familia les rechaza (Grupo Focal N° 2: Personal administrativo, abril 2013).

Una de las discusiones importantes entre los/as especialistas es la atención del parto a las adolescentes vía cesárea, sobre todo a la menores de 15 años. La Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes no incorpora ninguna recomendación al respecto (Ministerio de Salud y Deportes 2013). En muchas ocasiones, cuando la usuaria está sola o no tiene quién la respalde en las decisiones, algunos/as médicos deciden practicar la cesárea, eludiendo el consentimiento y firma de el/la acompañante de la adolescente. Otros/as médicos se oponen a esta práctica. El resultado es que no hay una conducta establecida en el Hospital.

Lo dicho permite afirmar que en el HMILA las adolescentes no son consultadas sobre el procedimiento que desean para la atención del parto. Los/as proveedores mencionan que hace unos años atrás se intentó hacer un protocolo, estableciendo edades para las candidatas a cesáreas. En esa ocasión manifestaban que las menores de 14 años irían a cesárea, las adolescentes de entre 15 y 16 años podrían elegir el tipo de atención, y si alguna por encima de los 17 años quería cesárea era una decisión de el/la obstetra. La anterior situación refleja dos cosas importantes. Por un lado, la urgente necesidad de introducir un enfoque de derechos, tomando en cuenta que les corresponde a las usuarias decidir, y en el caso que se trate de menores de edad debe aplicarse el Código Niño, Niña y Adolescente (1999) donde se indica que el padre, la madre o tutor son los autorizados para este tipo de decisiones. Por otro lado, la necesidad de una normativa clara al respecto y la capacitación en la misma.

Asimismo, incorporar otras opciones como el parto sin dolor o el parto humanizado implica una discusión amplia. Para ello es necesario que la adolescente esté preparada con anticipación y cuente con el apoyo familiar. Lastimosamente, esto no sucede por las condiciones antes relatadas, es decir, el miedo y temor de la adolescente a comunicar su embarazo y a buscar ayuda oportunamente.

Para incorporar cualquier otra alternativa, como el parto humanizado, los/as proveedores mencionan que falta infraestructura “en sala de partos hay dos camillas”. Las embarazadas tienen que estar de pie en los pasillos, abandonar la cama tan pronto nace su bebé.

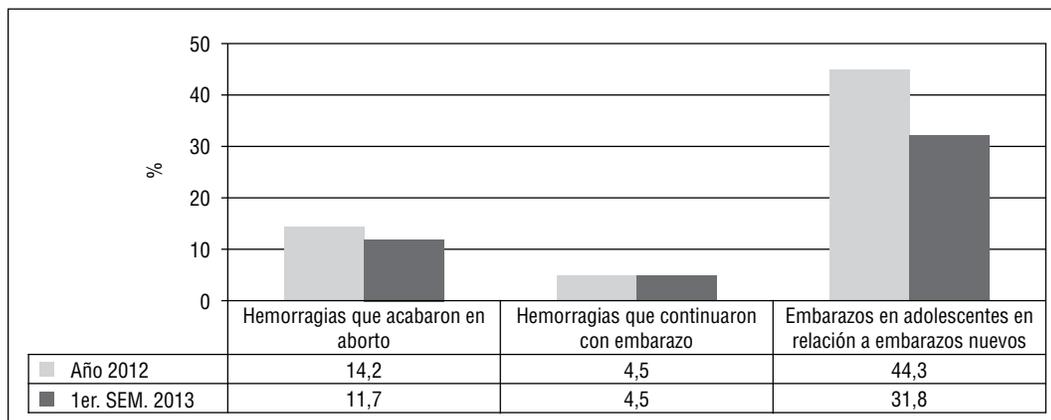
Por último, pocas adolescentes asisten al control de posparto, al parecer, muchas no saben que después de unos días es necesario que ella y su bebé acudan a su control médico. Por lo

general, cuando estas usuarias logran ir al control de posparto y son atendidas en Consulta Externa en Pediatría, llegan a asistir con regularidad al hospital.

La atención de las hemorragias del primer semestre del embarazo

Otras atenciones relacionadas a la salud materna, y que cobran mucha importancia como parte de las prestaciones de SSSR que cubre el SUMI y que han sido parte de la incorporación de un enfoque integral, son las atenciones de las hemorragias del primer semestre del embarazo. Para las hemorragias por aborto espontáneo o provocado, la atención se lleva a cabo mediante la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el MISOPROSTOL. Si bien esta investigación no profundizó sobre la atención de estas hemorragias en las adolescentes, en los últimos años se viene observando un incremento en las atenciones en este grupo de edad. En todo caso, vale la pena mencionar que el HMILA es uno de los centros que más atiende esta prestación en la Ciudad de El Alto.

Gráfico 9
Cobertura en Salud Sexual y Salud Reproductiva en mujeres embarazadas en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y 1er semestre de 2013)



Fuente: Trujillo 2013 en base a datos del Servicio de Estadística HMILA.

El anterior cuadro muestra que en el HMILA hay un alto porcentaje de atenciones por las hemorragias del primer semestre del embarazo. Si bien no se registra la edad, una autoridad del hospital menciona que el aborto es el principal problema en la SSSR de las adolescentes que acuden al servicio.

El acceso a Planificación Familiar y prevención de un segundo embarazo

Son pocos los/as proveedores que incorporan un enfoque integral, ofreciendo a las adolescentes información sobre: prevención de otro embarazo, su derecho a continuar viviendo una vida plena y satisfactoria en diferentes ámbitos y su proyecto de vida. En las consultas de Pediatría, la proveedora aprovecha la oportunidad para informar a la madre adolescente sobre su SSSR, incluyendo Planificación Familiar (PF), además entrega un folleto con mensajes de

cuidados y de métodos anticonceptivos (Observación de consulta, mayo 2013). No obstante a esta información clave para las decisiones de las adolescentes, los registros del Hospital no reflejan la importancia que supuestamente se le otorga a la PF.

En los siguientes cuadros se puede observar las consultas nuevas y continuas de PF a las que están accediendo las adolescentes en el HMILA, entre el 2012 y parte de 2013:

Cuadro 18
Consultas de Planificación Familiar nuevas y continuas de adolescentes de 10 a 20 años de edad en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012)

CENTRO DE GINECOLOGÍA	NUEVA	REPETIDA	TOTAL
CONDÓN-NUEVA	3	0	3
CONDÓN-CONTINUA	0	1	1
DIU-NUEVA	0	0	0
DIU-CONTINUA	0	0	0
INYECTABLE TRIMESTRAL-NUEVA	21	0	21
INYECTABLE TRIMESTRAL-CONTINUA	0	11	11
PÍLDORA-NUEVA	19	0	19
PÍLDORA-CONTINUA	0	3	3
OTROS MÉTODOS-NUEVA	0	0	0
OTROS MÉTODOS-CONTINUA	0	0	0
TOTAL MAC	43	15	58
AQV FEMENINO	0	0	0
PERSONAS CON ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN	151	37	188

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Servicio de Estadística HMILA.

Cuadro 19
Consultas de Planificación Familiar nuevas y continuas de adolescentes de 10 a 20 años de edad en el Hospital Materno Infantil Los Andes (enero-agosto 2013)

CENTRO DE GINECOLOGÍA	NUEVA	REPETIDA	TOTAL
CONDÓN-NUEVA	3	0	3
CONDÓN-CONTINUA	0	1	1
DIU-NUEVA	10	0	10
DIU-CONTINUA	0	2	2
INYECTABLE TRIMESTRAL-NUEVA	17	2	19
INYECTABLE TRIMESTRAL-CONTINUA	0	5	5
PÍLDORA-NUEVA	10	0	10
PÍLDORA-CONTINUA	0	3	3
OTROS MÉTODOS-NUEVA	1	0	1
OTROS MÉTODOS-CONTINUA	0	0	0
TOTAL MAC	41	13	54
AQV FEMENINO	0	0	0
PERSONAS CON ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN	188	31	219

Fuente: Elaboración propia con base a datos del Servicio de Estadística HMILA.

Llama la atención que a pesar de la buena cobertura de adolescentes que actualmente tiene el Hospital el acceso a la PF sea tan bajo. La oferta del condón es prácticamente nula, a sabiendas que, como se mencionará más adelante, no solo los embarazos no planificados y deseados se han incrementado sino también las ITS y el VIH en adolescentes. Es posible que en la orientación en PF no se esté dando la debida importancia al uso de la doble protección, o si se hace no está teniendo los efectos esperados. Lastimosamente, durante las observaciones en el HMILA se pudo percibir una escasa orientación en PF.

El mayor uso del anticonceptivo Depo Provera (inyectable trimestral) en adolescentes, muestra que ellas tienen la misma preferencia que las mujeres adultas por este método. Es importante revisar si esta tendencia está influenciada por las decisiones de las amigas, parientes o por los/as mismos proveedores. Por otro lado, aunque se registran un buen número de orientaciones en anticoncepción, estas no se reflejan en las decisiones de las usuarias por incrementar el uso de cualquier método anticonceptivo para prevenir un embarazo no deseado o un segundo embarazo.

Sobre planificación familiar, sinceramente, no estoy viendo fruto. Y yo sé que han habido muchas campañas, mucha inversión, pero probablemente no llega donde debe llegar. Entonces nosotros en puerperio, que es el momento donde las mamás tienen que irse de alta con su recién nacido hacemos, por lo menos las pediatras, las pediatras hacemos orientación en planificación familiar y les damos una notita para que a la primera consulta que vengan para su bebé también saquen una consulta para ellas y para que vengan a hacer orientación en planificación familiar. Yo sinceramente no he hecho el seguimiento, soy franca (...) Lo que sí tendría usted que preguntar es a las ginecólogas y a las médicas qué hacen. Ginecóloga tenemos en la mañana y en la tarde, preguntarles si están llegando, si están viniendo, porque lo que sí estamos pidiendo es que vayan a su centro o aquí, al centro donde pertenecen (Entrevista N° 3: Proveedor de salud, marzo 2013).

¿Y qué sucede con la anticoncepción de emergencia?

Casi no se hace nunca. Tenemos, pero es porque no saben (las adolescentes). Ahora he incluido en mis trípticos la anticoncepción de emergencia, porque no saben, por eso nunca la piden. El inyectable es de boca en boca, por eso lo conocen, ¿no ve? Del inyectable todos conocen y todas lo quieren porque su vecina la usa, porque su prima usa, en cambio a la T de cobre le tienen terror.

(Grupo Focal N° 1: Proveedores de salud, febrero 2013)

Buena parte de las adolescentes entrevistadas mencionaron que no tuvieron información sobre Planificación Familiar. Algunas no solicitan este servicio porque tienen miedo o vergüenza:

Yo nunca he ido a pedir esas cosas (métodos anticonceptivos), no me siento mayor de edad, además tendría vergüenza solicitar condones (en el Hospital). No sé si les dan, piden. No sé nada de eso. Mi parecer es que como son menores de edad no les tienen que dar (Entrevista a adolescente después de la consulta, febrero 2013).

Infecciones de Transmisión Sexual

Las ITS, por lo general, son identificadas durante las consultas de salud materna. Si bien éstas son atendidas, no se profundiza en un abordaje integral de SSSR. Se recomienda el tratamiento respectivo, pero no se realizan actividades educativas y de prevención al respecto, incluyendo la doble protección. Esto porque la salud materna es la prioridad en las adolescentes embarazadas.

De acuerdo con información de los/as proveedores de salud, en las adolescentes embarazadas y no embarazadas la *Condilomatosis* es la ITS más recurrente.

A toda mujer gestante, adolescente o no adolescente, se le hace la prueba de sífilis y VIH, asimismo, a toda persona que atiende su parto, parto, y en caso de aborto o mortinato.

Uno de los avances más destacados en los últimos años es la prueba rápida del VIH en mujeres embarazadas, lo que ha contribuido a la detección temprana del virus, y en casos positivos el suministro oportuno de medicamentos, el apoyo y la orientación requerida, de acuerdo con normas y protocolos del Programa de VIH/SIDA.

En relación a este tema, y para dimensionar la importancia de la integralidad de los servicios de SSSR, la inclusión de la perspectiva de género y la sensibilidad de proveedores de salud, se menciona el siguiente caso:

(...) Por ejemplo, uno nota en una pareja joven. Yo estaba viendo al recién nacido donde la pareja era joven, como el niño estaba con una enfermedad de transmisión sexual, cuando yo hice las preguntas y establecí un diálogo directamente con el joven, definitivamente el joven me manifestó que él era bisexual porque había tenido relaciones sexuales con un familiar varón y tenía además una ITS. Luego él transmitió esta ITS a su pareja y al bebé. Pero si no hubiese existido la lesión de la infección de transmisión sexual hubiese sido un poquito más difícil saber porque él no hubiese hablado, no hubiese dicho nada, pero después él comentó que tenía lesiones y eran las mismas que tenía sus esposa, pero cuando yo le pregunté eran lesiones anales del joven. Así iniciamos el tratamiento para los tres y la respectiva consejería (Entrevista N° 4: Proveedor de salud, marzo 2013).

Otras atenciones

Finalmente, dentro de otras atenciones integrales, en el HMILA se promueve la detección del Cáncer Cérvico Uterino (CCU) mediante un examen de Papanicolaou (PAP). Sin embargo, los datos muestran una cobertura bastante baja también entre las adolescentes.

Cuadro 20
Consultas de PAP de adolescentes de 10 a 20 años de edad
en el Hospital Materno Infantil Los Andes (2012 y parte de 2013)

Nº de adolescentes con muestra de PAP 2012	7
Nº de adolescentes con muestra de PAP 2013 (enero-agosto)	21

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Servicio de Estadística HMILA.

Por todo lo dicho, el HMILA brinda atención en diferentes prestaciones de SSSR, sin embargo, en muchos casos la ausencia de un enfoque de integralidad y la incorporación de un enfoque de derechos que propicien el empoderamiento y autonomía de las decisiones de las adolescentes, impide alcanzar los resultados deseados, perdiéndose oportunidades muy valiosas.

Perspectiva de género, derechos sexuales y derechos reproductivos

La inclusión de los DSDR, así como la perspectiva de género en el abordaje del embarazo en adolescentes resulta crucial, no solo para diagnosticar la incorporación de estas transversales en las consultas de SSSR como lo demanda la norma, sino también, y principalmente, para considerar hasta qué punto se sitúa a los/as adolescentes como sujetos de derechos, en el entendido de posibilitar y respetar su toma de decisiones y autonomía consigo mismos, y no en relación con otros/as.

Este planteamiento es fundamental en contextos como los de la investigación, en donde el embarazo en adolescentes está permeado por el estigma social, con pocas salidas para liberarse del mismo. Es de suponer que la promoción del ejercicio de los DSDR podría ser un camino o una puerta para los/as adolescentes.

En los servicios de salud los DSDR deberían ser parte inherente a los programas, puesto que la mayoría de ellos los incluye, o al menos así se estipula en las normativas. Las normas de atención para los/as adolescentes son muy explícitas sobre estos enfoques.

En las observaciones de la consulta, la revisión de normativas y materiales educativos, los DSDR aparecen muy débilmente incluidos. Tal vez estos están asociados a Planificación Familiar, y se piensa que si se orienta en PF se están incorporando los DSDR. En parte es así, pero los DSDR incluyen un abordaje más amplio, como lo es la sexualidad.

Algunos ejemplos de esta situación en el HMILA son los siguientes:

- Se refuerzan los roles tradicionales de las mujeres y los hombres. Los hombres/parejas adolescentes no son involucrados en la consulta, las decisiones y responsabilidades recaen sobre las adolescentes.
- No hay evidencia visible (afiches, carteles u otros) de acciones educativas o la promoción de los DSDR.

- La falta de un programa más sólido de orientación en anticoncepción limita las decisiones de las usuarias adolescentes. Ellas cuentan con muy poca información, la cual es brindada en sesiones muy cortas, por el tiempo restringido que tienen los/as proveedores durante las consultas.
- Las historias que se develan en la atención del parto o de las hemorragias, son evidencias importantes para que se instaure un programa, o se preparen a los equipos de salud en el abordaje integral de la prevención de la violencia en todas las consultas y puntos a lo que acceden las adolescentes.
- Las adolescentes devienen de contextos culturales diversos, no se cuentan con estrategias de pertenencia cultural que respondan a sus necesidades.

Abordaje de la violencia

La violencia es un tema que se aborda desde un enfoque más asistencial en el área de Trabajo Social. Son las trabajadoras sociales del Hospital quienes están más familiarizadas con las normas y protocolos sobre el mismo. Todos los casos que denoten sospecha de violencia son remitidos a este personal, sin que se establezca una coordinación más estrecha con las otras áreas de atención, intentando promover un enfoque más integral.

El área de Trabajo Social se encarga de presentar los informes respectivos en los casos en donde las adolescentes embarazadas o no han sido víctimas de violencia. Allí se guarda la documentación de todo el proceso, para poder actuar en cualquier decisión con un respaldo legal. Por ejemplo, en caso de la interrupción de un embarazo.

– A la trabajadora social siempre le informamos cuando hay algún caso así (de violencia), sospechoso, se le informa a la trabajadora social. Ella hace el seguimiento, seguramente hace la visita domiciliaria, todo. Pero tampoco no hay recursos para ir más allá porque no hay ni para pasajes, ¿no ve?, no hay pasajes para hacer la visita domiciliaria, entonces a lo mucho uno o dos veces logrará ir. Llama a la Defensoría de su propio celular, generalmente. Junto con la chica de ayer, de antes de ayer, la muchachita, tiene que llamar a la Defensoría para hacer el seguimiento. Es difícil, ¿no?, no hay ni tiempo ni recursos, ¿no?

– Aparentemente la trabajadora social tiene buena relación con la Defensoría, unas dos veces la he acompañado, hemos ido a reuniones en el Defensor del Pueblo y ahí se ha creado como una Red, o sea, hay buena comunicación, por lo que veo. Ella llama a la Defensoría por algún caso y la Defensoría viene, manda a alguien, vienen, apoyan en la solución.

(Grupo Focal N° 2: Proveedores de Salud, marzo 2013)

2.3 Diagnóstico de la atención de la adolescente embarazada en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios



El Centro Materno Infantil Lotes y Servicios (CMILS) forma parte de la Red Lotes y Servicios. Se ubica en la zona del mismo nombre, habitada por migrantes del altiplano de La Paz (Tiahuanaco, Desaguadero y zonas próximas al Lago Titicaca). Hace aproximadamente 20 años, la zona era el límite en donde terminaba la ciudad de El Alto, actualmente está dentro del perímetro urbano.

El Centro se ubica detrás de un mercado comunitario, llamado El Carmen, y próximo a un establecimiento educativo, por lo que es estratégico para el acceso de las mujeres comerciantes y sus hijos.

El CMILS corresponde a un establecimiento de primer nivel, con atención de 24 horas. Todo el personal médico cumple turnos de 12 horas una vez por semana y turnos para la atención de partos.

La atención para Consulta Externa es de lunes a viernes, de 8:30 a 13:00 y de 14:30 a 17:30 horas. Durante la mañana la demanda es muy alta, principalmente para la atención de niños y niñas menores de 5 años, personas que acuden al Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM) y mujeres en atención ginecológica (atención prenatal). Por la tarde la demanda es baja, porque no están todos los/as profesionales.

SERVICIOS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL LOTES Y SERVICIOS

- *Medicina General.*
- *Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO): Atención a niños en edad escolar, es administrado por el Gobierno Autónomo Municipal de El Alto.*
- *Ginecología: Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido (SUMI).*
- *Pediatría: Atención al menor de 5 años (SUMI).*
- *Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM).*
- *Odontología.*
- *Oftalmología.*

El CMILS es el centro de referencia de la Red Lotes y Servicios, incluyendo atención de laboratorio clínico y ecografía, pero no es considerado como un segundo nivel de atención.

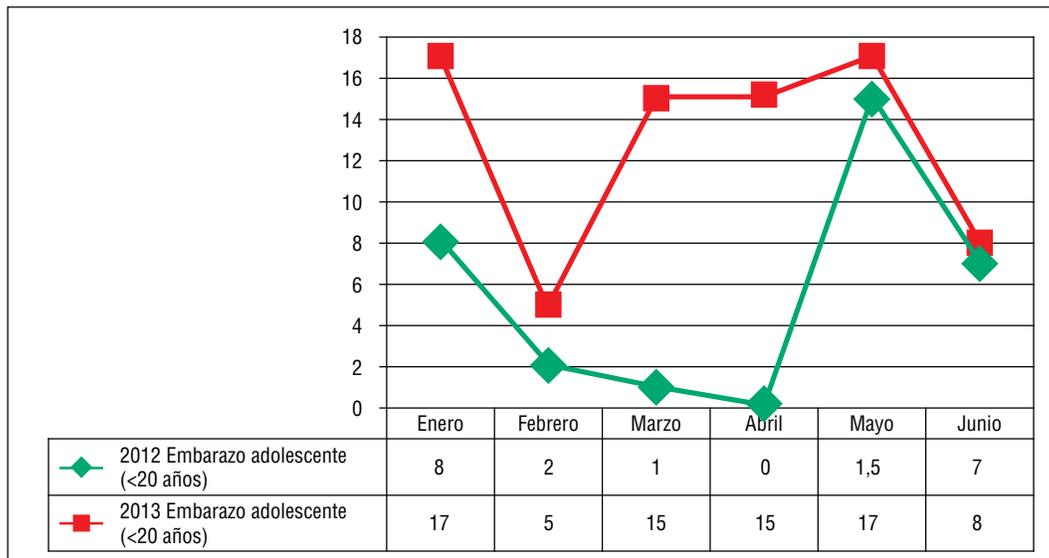
Este Centro no atiende partos de alto riesgo, cesáreas ni hemorragias del primer semestre del embarazo, estos casos son derivados al HMILA o a servicios de mayor complejidad, como el Hospital de la Mujer en la ciudad de La Paz.



El acceso de las adolescentes embarazadas

El CMILS, principalmente, atiende consultas referidas al control prenatal y algunos partos en servicio. El siguiente gráfico muestra que entre el primer semestre del 2012 y el primer semestre del 2013 (la consulta por embarazo en adolescentes se ha duplicado).

Gráfico 10
Cobertura de embarazos en adolescentes en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios (2012 y 1er semestre de 2013)



Fuente: Trujillo 2013, en base al Servicio de Estadísticas CMILS.

A pesar que ha mejorado la captación del embarazo en adolescentes, de acuerdo con el Director del Centro, todavía el acceso es bajo, tomando en cuenta que en las zonas circundantes el embarazo y el aborto en las adolescentes son preocupaciones constantes de padres, madres y profesores.

Las consultas que más llegan es por embarazo no deseado, eso es lo que se ve. Generalmente estas pacientes son las que por no tener un espacio confidencial no acuden o entran hasta la puerta y luego se van. Desconozco dónde irían pero según lo que sé, hablan siempre que van a una clínica particular para hacerse atender o en todo caso en silencio tienen sus bebés y lo regalan (Entrevista: Director de Centro de salud, mayo 2013).

El incremento en el acceso al CMILS de las adolescentes embarazadas se debe a varios factores, sobresaliendo la cercanía del Centro a sus hogares. El siguiente cuadro resalta los motivos por los cuales las adolescentes decidieron asistir al CMILS, en orden de frecuencia de repetición y sobre la base de 10 entrevistas:

Cuadro 21
Motivos para que las adolescentes embarazadas asistan al Centro Materno Infantil Lotes y Servicios

Está cerca de su casa	Es la referencia más frecuente que dan las adolescentes que ya tienen un/a hijo, y los llevan para su control de crecimiento y desarrollo o cuando están enfermos. El vivir cerca les facilita "madrugarse" para adquirir la ficha de la atención.
Por referencia de parientes/amigas	Por sugerencia de parientes o amigas que ya accedieron al Centro para atender sus embarazos.
Es de fácil acceso	Por su ubicación, el CMILS es parte del vecindario.
Es la única alternativa	No se dispone de alternativa en el lugar.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del CMILS 2013.

Los/as proveedores de salud expresaron que muchas adolescentes no tienen ningún tipo de información sobre su embarazo y muy difícilmente acuden a los servicios.

Eso veo ¿no?, chica que ha entrado con trabajo de parto sin ningún tipo de información. Hay chicas que no saben ni por dónde va a salir el bebé. "¿Por dónde me van a sacar el bebé?", así preguntan (...) En ese momento, claro, se le da la información, ya es tarde y no se ha preparado, y eso es lo que pasa. Porque nosotros no podemos atender nuestra propia demanda, o sea, las mamás que vienen a hacer prenatal y son adolescentes para hacer orientación, peor si vienen de toda el área es difícil, es difícil. Lo lindo sería que una madre adolescente ya se identificara en el área, ya sea orientada, es más, ya se concientice en la familia que es importante que el parto lo tenga acá (Grupo Focal N° 3: Proveedores de salud, abril 2013).

Por otra parte, en el CMILS llama la atención que los/as proveedores de salud perciben que el Bono Juana Azurduy (BJA) no es una estrategia de captación de embarazadas ni de niños o niñas menores de 5 años:

El Bono Juana Azurduy no tiene ninguna influencia en nada. El Bono Juana Azurduy debería servirnos para captar embarazos precoces, ¿no ve?, embarazos en adolescentes, porque para ellos es una ayuda, debería ayudarnos a captar más prevalencia de Cáncer Cérvico Uterino, ¿no ve? Eso el otro día hemos hablado con el Director. No nos sirve para hacer otras captaciones. Por ejemplo, a través de una madre se puede encontrar en toda una familia siquiera un sintomático respiratorio. Pero no está sirviendo el Bono Juana Azurduy. Tal vez, como dice el doctor, las mujeres ven al Bono como un sueldo y después de un año otra vez se embarazan, tal vez. Lo que sí nos está dando un poco de apoyo en esta maternidad a nosotros, yo lo he identificado en todo este tiempo, es el certificado de nacimiento que damos, eso ha aumentado la atención de partos, se han incrementado este tiempo porque salen con certificados de nacimiento (Grupo Focal N° 3: Proveedores de salud, abril 2013).

Desde el punto de vista de las mujeres, el BJA es solo un paliativo que no dura mucho tiempo, por lo que consideran que el gobierno debería invertir en promover fuentes de trabajo estables, así se aseguraría un mejor futuro a los/as niños.

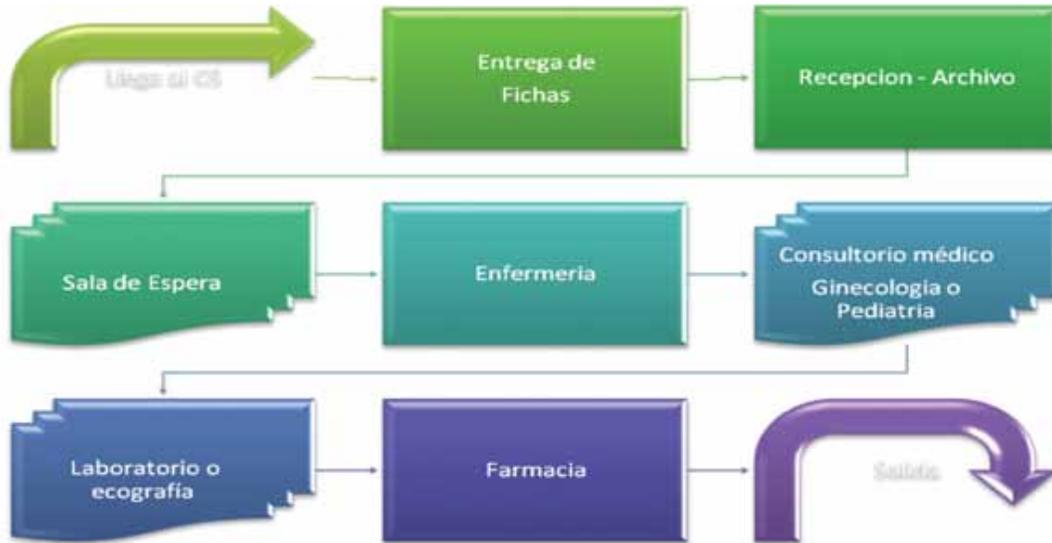
El recorrido de las adolescentes embarazadas para acceder a una consulta prenatal o en SSSR

De acuerdo con las observaciones realizadas, hay problemas en el recorrido de las usuarias adolescentes en el CMILS, principalmente en lo que tiene que ver con la confidencialidad, sensibilización del personal y tiempo de espera. Algunos de estos criterios se ven afectados porque el servicio no tiene una atención diferenciada de las adolescentes, en realidad a estas usuarias se las trata como a cualquier otra que llega a una consulta, aunado a ello, hay una falta de sensibilización y preparación del personal de salud.

Se atiende a la población por orden de llegada. Las usuarias hacen fila desde las 6:00 AM para obtener una ficha de atención para Medicina General, Ginecología, Ecografía o Laboratorio. En donde menos se observa un abordaje adecuado a las adolescentes es en las áreas de internación y salas de exámenes, en el CMILS no se ha incorporado ninguna práctica al respecto.

Las usuarias hacen fila a la intemperie, pues el Centro abre sus puertas a las 7:00 AM. Una vez que ingresan, ellas esperan a que llegue el responsable de recepción/archivo, quien entre 07:30 y 08:30 entrega fichas. En la tarde las fichas se reparten de 13:30 a 13:45 y se inicia la atención de 14:30 a 17:30 horas. Este Centro tiene un Laboratorio Clínico y es referencia para 11 centros de salud, de manera que desde muy temprano hay gente esperando para la atención en laboratorio.

Gráfico 11
Flujo /recorrido de la adolescente embarazada en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios



Fuente: Elaboración propia con base a Guías de Recorrido de Usuarías y Registro de Observación, mayo 2013.

Los/as proveedores de salud plantean que en el Centro debería haber un horario especial para la atención de las adolescentes, pues cuando llegan están “desesperadas”, quieren entrar e irse lo más pronto posible: “Se acercan a preguntar si ya les toca o cuánto falta, todo quieren rápido, igual las ecografías” (Grupo Focal N° 3: Proveedores de salud, abril 2013).

En recepción las usuarias presentan los requisitos requeridos, en el caso de las adolescentes embarazadas precisan lo siguiente:

Cuadro 22
Requisitos para las usuarias adolescentes en el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios

Usuaría nueva/primeravez	Debe presentar su cédula de identidad, u otro documento que acredite que es la usuaria. Además, requiere la presencia de una persona mayor que la represente y su prueba de embarazo con resultado positivo.
Usuaría continua	Presenta su carnet de salud o de su hijo, y es derivada a la sala de espera para su atención.

Fuente: Elaboración propia.

Lo anterior permite notar que una adolescente embarazada para ser atendida en el CMILS precisa que un/a adulto la respalde. Este hecho se convierte en una de las mayores limitaciones para que ellas decidan acudir al Centro.

En la sala de espera las adolescentes son llamadas por su nombre para la atención en Enfermería y posteriormente en consultorio médico. El espacio destinado a Enfermería no cuenta con

privacidad, sin embargo, las adolescentes mencionan que es un lugar de contacto agradable y de buen trato.

Las consultas se atienden de acuerdo al orden de llegada. Las adolescentes no tienen preferencia, por el contrario, esperan mucho ya que la mayor demanda es para las consultas de personas adultas mayores y niños menores de 5 años. En Pediatría la demanda es alta, y es ahí en donde se atiende a los/as hijos de madres adolescentes.



Dependiendo de la consulta las usuarias pueden ser remitidas a exámenes de laboratorio (análisis de orina, sangre, etc.). Para las usuarias mayores de 19 años se realiza la prueba del VIH, en el caso de las adolescentes se solicita la autorización de una persona adulta (padre, madre o tutor). Nuevamente las normas varían de acuerdo al servicio, no se actúa en relación a las prescripciones nacionales.

En el Centro cuando las usuarias llegan a emergencias por motivo de parto, si se dispone de camas se las interna, de lo contrario, después del examen se la refiere al HMILA. Para la atención del parto llegan adolescentes de edades muy tempranas. Durante las observaciones en este servicio se atendió el caso de una adolescente de 12 años, el cual no dio tiempo de hacer la referencia oportuna pues llegó con síntomas de expulsión del bebé. Esta usuaria vino del colegio aludiendo dolor de estómago, nadie sospechaba de su embarazo. Según los/as proveedores, si una adolescente llega a emergencia se la atiende, independientemente si están presentes sus padres de familia u otra persona adulta que las respalde (Grupo Focal N° 3: Proveedores de salud, abril 2013).

Tiempo de espera en el recorrido de la usuaria

El promedio del tiempo de permanencia en el CMILS llega a ser de hasta 5 horas, de acuerdo con el seguimiento hecho a 10 usuarias adolescentes desde su llegada hasta la salida del establecimiento. La hora promedio de llegada es 6:00 a.m. y de salida varía de 11:30 a 12:00 horas.

Cuadro 23
Recorrido de las adolescentes en el Centro de Salud Lotes y Servicios

	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10	Promedio tiempo	
Hora de llegada	6:00	7:40	6:20	7:40	9:00	8:15	14:40	7:00	7:00	5:00	–	
RECORRIDO	Fila para ficha	6:00	7:40	6:20	7:40	9:00	8:15	14:40	7:00	7:00	5:00	–
	Recepción/archivo	7:45		7:35	8:00	9:15	8:15	14:50	7:30	7:30	7:30	–
	Enfermería	8:45	8:45	9:00	9:00	9:46	11:40	14:59	9:06	9:00	8:30	–
	Médico/a	10:16			12:19	11:57	12:10	15:28	11:44	11:04	9:02	–
	Laboratorio		9:48	8:00								–
	Farmacia										9:16	–
Hora de salida del centro	10:22	10:03	9:05	12:26	12:01	12:12	15:31	11:51	11:11	9:45	–	
Total tiempo de permanencia	4:22	2:09	3:15	5:16	3:01	4:37	1:31	4:51	4:11	4:45	3:63	

Fuente: Elaboración propia en base a Guías de Recorrido de Usuarías en el Hospital y Registro de Observación, abril 2013.

El recorrido de las usuarias deja entrever un proceso amplio y complejo de interacciones, que si bien forman parte de una rutina para la atención en salud, reflejan, en última instancia, cómo está organizado el servicio para ofrecer una atención. La mayoría de las veces, son los puntos administrativos los que demandan más tiempo de las usuarias que buscan una atención rápida y oportuna.

Además de la carga emocional por un embarazo no deseado, los servicios de salud pueden llegar a agudizarlo negativamente cuando invaden la privacidad y confidencialidad en los diferentes puntos de interacción.

Relaciones interpersonales

En el CMILS, como también sucede en el HMILA, las relaciones interpersonales varían dependiendo de el/la proveedor. Las usuarias manifestaron que, en general, se sienten poco cómodas con el trato de los/as diferentes prestadores. En ocasiones, en Recepción y en Enfermería no les tienen paciencia y se molestan si se les solicita alguna información. Prevalce una actitud indiferente hacia las necesidades de las usuarias.

La competencia técnica de los/as proveedores de salud

Para desarrollar este punto, es necesario recalcar que en el CMILS se aplicó el mismo enfoque y la guía detallados en el acápite del HMILA.

Sobre la consulta médica

En el CMILS se hicieron observaciones de competencia técnica en 7 atenciones, tanto a médicos como a enfermeras. El promedio de la atención observada fue de 7 minutos, de acuerdo con el tiempo de la consulta. A continuación, se presentan dos cuadros de las observaciones en Ginecología y Enfermería:

Cuadro 24
Competencia técnica en Ginecología - Centro de Salud Lotes y Servicios

CRITERIO	OBSERVACIÓN
Establece una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> • Se saluda y se llama por su nombre a la adolescente. • Se brinda confianza con la atención. Si la adolescente cursa su segundo embarazo (18 años), se hace lo posible para buscar el diálogo sobre planificación familiar.
Identifica las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Se pregunta el motivo de consulta. • Se evalúa el carnet de salud.
Responde a las necesidades en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza el examen obstétrico e informa sobre el estado del embarazo. Se involucra a la pareja en la consulta. • Se informa sobre vacunas y actividades que se debe realizar debido al tiempo de embarazo.
Educa e informa	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica el desarrollo del embarazo y se responde a las inquietudes de la adolescente. • Se brinda información sobre métodos anticonceptivos. • Se informa sobre los beneficios del BJA. • Se pregunta sobre el plan de parto.
Verifica la comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • No siempre se verifica la satisfacción de la adolescente.
Mantiene un ambiente de cordialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Se pone a disposición y marca la fecha de la próxima consulta prenatal. Se explica los lugares de referencia, entre ellos el Hospital Materno Infantil Los Andes y el Hospital Nuestra Señora de La Paz.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 25
Competencia Técnica en Enfermería - Centro de Salud Lotes y Servicios

CRITERIO	OBSERVACIÓN
Establece una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> • Se llama por su nombre para el ingreso al registro de datos, se confirma el nombre de la usuaria y se establece una relación de confianza. • Sin embargo, en una observación no se permitió ingresar a la pareja de la adolescente a la consulta.
Identifica las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Se interactúa con interés cuando hay tiempo y disponibilidad. • Durante una observación se observó a una usuaria que estaba ansiosa, tenía el temor de perder a su bebé. La enfermera le pidió que esperara su turno.
Responde a las necesidades en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • La información está relacionada a los signos vitales, no se brinda otro tipo de información.
Educa e informa	<ul style="list-style-type: none"> • El tiempo que se dispone es corto entre usuaria y usuaria, por lo que no se logra transmitir información en salud.
Verifica la comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • No se tiene tiempo para una atención más detallada. En este Centro se atiende también el SSPAM y la demanda es alta
Mantiene un ambiente de cordialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita que la usuaria espere su turno hasta que el/la médico la llame.

Fuente: Elaboración propia.

En este Centro de salud no hay un abordaje de atención diferenciada, y las adolescentes son atendidas siguiendo los protocolos de las demás usuarias. El entorno social y familiar no es tomado en cuenta para tratar la situación afectiva emocional de las adolescentes embarazadas.

Las percepciones de las usuarias respecto a las Competencias Técnicas

En el CMILS las usuarias entrevistadas manifestaron inconformidad con algunas atenciones, principalmente por el tiempo de espera y el trato recibido. Respecto a la información sobre el recorrido que deben seguir en su trayectoria por el servicio, algunas mencionaron que cuando acuden por primera vez es difícil ubicar los ambientes y no reciben orientación por parte de los/as proveedores. Un usuario entrevistado señaló: “para una persona que está viniendo por primera vez es peor, no hay buena atención es peor porque no saben, se les engaña” (Entrevista a adolescente después de la consulta, marzo 2013).

Algunas usuarias manifestaron que hay médicos que las atienden bien, pero debido a la rotación de personal cuando ellas vuelven no siempre las atiende el/la mismo proveedor.

En el centro de salud la doctora me atendió muy bien, lo malo de ese centro es que cada vez que voy nunca encuentro a la misma persona, siempre son diferentes. Eso no me gusta del centro de salud, es otra forma de faltar al respeto (Entrevista a adolescente después de la consulta, marzo 2013).

Las percepciones de los/as proveedores sobre la Competencia Técnica

Para los/as proveedores de salud el programa de adolescentes no funciona en este Centro. Uno de ellos encuentra que las adolescentes son muy difíciles de “tratar”. Otros piensan que el CMILS no tiene la infraestructura adecuada, falta la capacitación del personal y no se manejan adecuadamente las normas nacionales.

Vienen directamente las adolescentes de 15 años, 14 años, 12 años, ya cuando están embarazadas o con trabajo de parto directamente, y se les atiende con nuestra historia clínica y no hay ninguna norma nada para que hagamos firmar consentimientos, ¿no? Sirectamente se les hace la atención prenatal y si es que está en las últimas, atención de parto directamente, sin ninguna norma, normas legales de atención prenatal y atención de parto, con eso le atendemos (Grupo Focal N° 3: Proveedores de salud, abril 2013).

Disponibilidad, acceso e integralidad de los servicios de SSSR

Principalmente las consultas están focalizadas hacia la atención materna (embarazo, parto y posparto). Otras atenciones de SSSR no son incorporadas como parte del mismo programa. Los/as proveedores indican que la anticoncepción se ofrece como uno de las prestaciones importantes de SSSR. El método más ofertado es la Depo Provera, seguida de la píldora y el condón.

Los/as proveedores mencionan que los y las adolescentes no pueden acceder a los métodos anticonceptivos, solo bajo orden médica se actúa de manera diferente. Una de las adolescentes

manifestó que cuando pidió información sobre métodos anticonceptivos no solo no recibió información sino que se sintió cuestionada.

No te dan anticonceptivos (en el CMILS) y si pides lo toman a mal, y si empiezas con preguntas no les gusta, te toman a mal, por eso es que hay irresponsabilidad en la pareja. No te dan la orientación, se enojan. A mí me paso. (Entrevista a adolescente después de la consulta, marzo 2013).

Perspectiva de género, derechos sexuales y derechos reproductivos

Al igual que en el HMIL, en el CMILS se observó que no se incluye el enfoque de género, se refuerzan los roles tradicionales de mujeres y hombres. Los hombres/parejas adolescentes no son involucrados en la consulta, las decisiones y responsabilidades recaen sobre las adolescentes.

Durante una observación en el CMILS, las auxiliares de enfermería les decían a unas adolescentes: “¿Te estás alimentado bien? Cuidado con que no le des el pecho a tu wawa, por tu culpa se puede enfermar, siempre los tienes que alimentar a todos”. También, “¿Otra wawa más? Lo vas a aburrir al marido, tienes que cuidarte” (Observación en CMILS, mayo 2013). Es decir, se considera que toda la responsabilidad debe recaer en la mujer, en lugar de promover la responsabilidad compartida en la crianza de el/la hijo.

De igual manera, en las consultas no se integra al hombre, todas las recomendaciones y cuidados son para la mujer. Por ejemplo, cuando una adolescente solicitó que ingrese su esposo a la consulta no le permitieron, y le dieron a ella todos las recomendaciones e información. En general, los hombres esperan afuera, en ocasiones cuidando a un/a hijo.

En el CMILS no se cuentan con personal para que realice actividades de orientación, tampoco con un espacio privado para brindar este servicio. Las adolescentes indican que no reciben ninguna información ni orientación en SSSR, DSDS, género o violencia.

3. LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN LA PREVENCIÓN, APOYO Y PROYECTO DE VIDA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La prevención del primer y subsecuente embarazo, los cuidados durante el mismo y los proyectos de vida de las adolescentes madres, están relacionados con el contexto social, cultural, familiar, de pareja y las experiencias propias en las que surgió el embarazo. En este acápite se abordan esos factores relevantes para las prácticas y actitudes de las adolescentes.

- El contexto de las redes sociales y familiares.
- Las valoraciones y experiencias de las adolescentes sobre su/s embarazo/s.

- Las relaciones de pareja.
- El acceso a información y educación en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) y en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR).
- Los proyectos de vida.

3.1 El contexto de las redes sociales y familiares

Las redes sociales y su apoyo en los cuidados y la prevención

El embarazo de las adolescentes, en los lugares de estudio, es percibido como un problema tanto por sus familias como por ellas mismas. Las acciones de prevención, apoyo y planes para la vida futura de las madres adolescentes son escasas y poco integradas.

Las diversas instancias organizativas locales identificadas en el contexto de las zonas Los Andes y Lotes y Servicios, y que desarrollan múltiples actividades sociales, no tienen el mismo efecto en la prevención, atención, cuidados y apoyo a las adolescentes embarazadas.



En las zonas donde se realizó la investigación no existen instituciones que trabajen específicamente el tema de embarazo en adolescentes, aunque en la zona Los Andes el Hospital del lugar ha implementado algunas actividades, como la conformación de grupos de apoyo a las adolescentes embarazadas, pero esto como parte de las acciones del servicio de salud y no como una política de las organizaciones sociales o municipales. Se carece de una política social integral dirigida a la prevención y atención del embarazo en adolescentes, con proyecciones de apoyo laboral o guarderías para acoger a los/as niños de las madres mientras estudian o trabajan.

En su conjunto, las organizaciones barriales están más dedicadas a acciones comunitarias. Por ejemplo, la construcción de canchas polideportivas o el control social de las Juntas Escolares en las unidades educativas o los Consejos Locales de Salud (COLOSAS) en los establecimientos de salud. Estas últimas están dedicadas a vigilar el cumplimiento de los horarios del personal de salud y el uso de los recursos económicos, sin interesar la calidad de la atención o la necesidad de recursos humanos y materiales para garantizar una buena atención.

Los/as adolescentes entrevistados, cuando se les preguntó sobre el apoyo que reciben de las redes sociales, mencionaron que las organizaciones a las cuales pertenecen sus padres y madres de familia, profesores y juntas de vecinos, no toman en cuenta sus necesidades, menos

aún temas relacionados con la SSSR. Por otro lado, las organizaciones sociales no incluyen a los/as adolescentes en los espacios organizativos ni de toma de decisiones dirigidas a iniciativas que mejoren las condiciones de vida de las personas de la comunidad.

En mi colegio hay la Junta Escolar que está compuesto por padres de familia, ellos se preocupan del desayuno, del cobro de multas cuando no asisten los papás a las reuniones que ellos convocan. También hay organizaciones deportivas, sobre todo organizaciones de presterios para la fiesta de la (Avenida) 16 (Julio). Otras actividades para nosotros adolescentes..., no sé, no conozco. Sí sería que se preocupen, hay muchas chicas como yo con este problema (embarazo) (Entrevista N°12: Adolescente de 17 años, abril 2013).*

** El preste es una fiesta católica dedicada a Jesús, una virgen o un/a santo En el caso de la cita, la fiesta está dedicada a la Virgen del Carmen. Por otra parte, la Avenida 16 de Julio está ubicada en la ciudad de El Alto, es un lugar tradicional donde se realiza una de ferias comerciales más grandes del país.*

Tampoco se conocen a las organizaciones juveniles líderes que desarrollan estrategias educativas y preventivas para trabajar con los/as adolescentes. Los/as entrevistados no conocen o han escuchado hablar del Comité de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (CAJPEA), organización juvenil con un alcance nacional, que realiza un importante trabajo de abogacía por los derechos de los/as adolescentes y jóvenes y la prevención del embarazo en adolescentes.

Las adolescentes, en su mayoría, perciben que están expuestas a la críticas constantes de los/as adultos. Por eso, expresan que tienen “miedo de caminar” con sus parejas en la zona, porque pueden ser criticadas por los/as vecinos, por ello evitan compartir con sus parejas públicamente. Por su parte, los/as entrevistados en las Redes Sociales consideran que los/as adolescentes, los/as jóvenes, “no se dejan orientar”, “a nadie hacen caso”, son muy “difíciles de tratar” (Grupo Focal N° 1: Redes Sociales, abril 2013).

Las redes familiares

Para la mayoría de los miembros de las familias (padres, madres, tías, abuelas y otros/as), las adolescentes son muy jóvenes para ser madres, ellos/as tenían otras expectativas, principalmente que estudien, sean profesionales, en general, que tengan un buen futuro económico y social.

Para los padres y madres de familia la situación económica es un factor importante para cuestionar el embarazo de las adolescentes, pues implica una gran responsabilidad la crianza de un/a bebé. Es una situación que genera angustia, sobre todo en las familias de escasos recursos.

Sin embargo, cuando las adolescentes cuentan sus experiencias se percibe que para ellas, más allá de los argumentos de los/as adultos, esencialmente hay un temor o miedo a la

“estigmatización” social de la familia, independientemente de las circunstancias en que el embarazo haya acontecido. Una “madre soltera” es un peso con el que tiene que cargar la familia.

El peso del estigma recae, principalmente, sobre el papá de la adolescente, que no solo presiona para que su hija se case, sin considerar la edad, sus decisiones, inquietudes y temores, sino que además cuestiona a la mamá de la adolescente, culpabilizándola de esta situación. Los siguientes casos reflejan esto:

Fue una mala experiencia cuando me enteré que estaba embarazada. No sabía a quién contar de mi problema (...) me daba mucho miedo (...) Me quería escapar de mi casa, quería irme del colegio, dejar de estudiar y trabajar más. En algún momento pensé abortar, todo fue muy complicado (...) finalmente decidí hablar con mi mamá. Cuando le conté, ella se enojó, y me dijo que me las arregle como pueda porque yo me había buscado esa vida. Luego (mi mamá) habló con mi papá, él se enojó mucho más por varios días, por poco nos echa de la casa a mi mamá y a mí. Me decían que les había puesto en problemas matando su orgullo con la familia, y qué iban a decir ellos (...) Hasta que mis padres, por ese mismo orgullo fueron a hablar con el papá de mi bebé, a fin de que no sea la vergüenza de la familia siendo una madre soltera, obligando casi a la familia de mi pareja a que nos casemos. De esa manera vivo con mis suegros (...) De momento estoy haciendo todo lo posible para no causar problemas, pero estoy muy feliz de vivir con mi pareja, estoy muy enamorada de él y siento que me apoya en todo, me da su cariño (Entrevista N° 3: Adolescente de 17 años, marzo 2013).

Maldito es mi papá, tenía mucho miedo, avisarle (sobre el embarazo). Le conté a mi amiga y ella me ha dicho que tengo que hablar con mis papás. Le conté primero a mi mamá, me ha reñido y me ha dicho que soy malcriada, me ha insultado, no puedo decir..., luego hablamos con mi papá. Dice que mi papá se dio cuenta y casi le pega a mi mamá y a mí también. Se enojó, él insiste para que le diga quién es el papá y yo no quiero decirle (Entrevista N° 5: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Para algunas de las madres de las adolescentes no importa tanto el estigma social, sino que ellas hubieran deseado que su hija no repitiera su experiencia de ser madres adolescentes, sin el apoyo de sus parejas y las respectivas familias. Por otro lado, muchas veces el embarazo de la adolescente significa un problema más, junto a otros que la familia está viviendo, y esto acrecenta el rechazo o el conflicto, como se refleja el siguiente caso:

Me desesperé cuando no me vino mi regla, era probable un embarazo. No ha sido una vez, varias veces he tenido relaciones con él, pero nunca aparecí mal. Pensé que eran mis nervios. Él me dio dinero para hacerme la prueba de embarazo en La Ceja, era positivo, tenía que avisarle a mi mamá. Cuando le dije, me pegó, no quería saber nada de mí, peor de embarazos, estaba preocupada por sus hermanos y sus familiares, por mi papá, como estaban en proceso de divorcio, mamá tenía otro punto más en contra con mi situación. (Mi mamá) Lloraba,

sufría mucho, habló con mi madrina y me llevaron a un médico para ver qué posibilidades tenía para evitar el desarrollo de mi embarazo. No pudimos hacer nada. El doctor me preguntó qué tiempo ya tenía, estaba de cuatro meses. Tuvimos que esperar mi parto, mi mamá apenas resignada, le avisó a mi hermano, él se enojó. (Mi mamá) No me pegaba pero me hacía sufrir, cualquier cosa que hacía me echaba en cara, me insultaba, me hacía trabajar sin salir. Ese año dejé de ir al colegio. Mi chico se fue al cuartel. Nos veíamos escondidas, me tenía prometido que saliendo del cuartel estaríamos juntos, y que tenga paciencia. Él fue a mi casa con sus familiares para solucionar, mi mamá no aceptó, dijo que esperemos unos tres años (Entrevista N° 7: Adolescente de 17 años, marzo 2013).

Pasados estos primeros momentos difíciles de rechazo y crítica, la mayoría de las adolescentes terminan por ser aceptadas en el núcleo familiar. Pero no siempre el estigma o castigo desaparece, en algunos casos continúa y se les hace “pagar su error” al otorgarles mayores responsabilidades en el hogar, como cocinar para todos/as, cuidar a los/as hermanos, dejar de estudiar y tener que trabajar para contribuir a la economía del hogar. La adolescente pasa a un estatus de adulta con todas las obligaciones que esto demanda.

No tenía malestares, hasta pensé que la prueba que me hicieron tenía error, quizás por los nervios, seguía asistiendo a clases. A mis compañeros les veía que hacían programas para el 21 de septiembre y fin de año. Ya no participaba. Me escondía o me salía, decía que no tenía dinero para las cuotas. Una vez que mi mamá se enteró, se enojó y me exigía casarme. No estaba segura de esto porque mi pareja no me brindó esa oportunidad. No sabía cómo cuidar a un bebé. Nunca paso por mi mente convertirme en mamá. Ahora tenía que aceptar, aprender no solamente a cuidar sino a mantener a mi hijo (Entrevista N° 3: Adolescente de 17 años, marzo 2013).

En otros casos, es la madre de la adolescente la que asumen el rol del cuidado de el/la nieto, incluso cuando la pareja de la adolescente convive con la familia. La decisión de los cuidados de el/la hijo pasa a ser una decisión familiar y no de la adolescente.

No sabía cómo cuidar a mi bebé, tenía miedo bañarle. Mi mamá me ayuda mucho, ella me cuidaba y me cuida hasta ahora. Me dice que tengo que tomar bastante líquido para tener leche. También mi pareja me ayuda en la casa, él lava la ropa del bebé y de todos nosotros, también cocina. En mi casa mi papá ayuda a mi mamá cuando no trabaja, pero la limpieza de la casa corre por nuestra cuenta. Decidimos (con mi pareja) casi siempre juntos para ir a cualquier lugar o comprar lo que necesitamos. Quiero decir que a veces discuto con mi pareja porque él si va con sus compañeros, sale a divertirse y cumple con sus compromisos, es difícil dejar todo. Sin embargo tuve mucha suerte con mis papás, ellos me ayudan, no quiero volver a cometer otros errores (Entrevista N° 7: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Se encontraron muy pocos casos en los que desde un inicio la adolescente embarazada hubiera sido aceptada por su familia y ésta fuera una fuente de bienestar emocional, sobre todo en donde se discutiera, al menos, el futuro de la joven embarazada y cómo prevenir otro embarazo.

3.2 Las valoraciones y experiencias de las adolescentes sobre su embarazo

Cuando para las adolescentes el embarazo sucedió por “accidente” o es “algo no esperado”, “no deseado”, por lo general, consideran a este evento como una “desgracia”.

Los jóvenes de hoy día tenemos muchas libertades, no nos cuidamos, vivimos sin temores hasta que nos ocurra la desgracia. Sé que un embarazo en una adolescente no debe ser una desgracia, pero cambian muchas cosas. No estamos capacitados como para trabajar y tener un buen salario. Generalmente a los jóvenes nos hacen trabajar y nos pagan una miseria. Por eso es que un embarazo en una estudiante no es bueno, porque nos perjudicamos, peor si no hay ayuda. Muchos chicos se hacen la burla de las chicas, las usan y si las embarazan escapan como lagartijas, se van al cuartel, cambian de lugar, lo peor, se niegan y acusan a las chicas diciendo que han estado con otros hombres, eludiendo sus responsabilidades (Entrevista N° 4: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Desde esta valoración, la experiencia del embarazo es vivida como una etapa de confusión, inestabilidad o conformismo. No importa cuáles sean las condiciones de vida, lo importante es tener un mínimo de apoyo. En todo caso, las esperanzas hacia futuro no se vislumbran.

(...) nunca voy a olvidar mi primera experiencia, aunque no tuve la suficiente capacidad de haber evitado mi embarazo, que cambió toda mi vida porque ya no soy como una joven o como mis compañeras o amigas que tengo, ellos pueden ir donde quieren, ir a divertirse. Para mí fue una experiencia muy difícil (mi embarazo). He cambiado, he madurado, me siento como una persona mayor porque quiero a mi hijita y tengo que sacrificar muchas cosas (Entrevista N° 2: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Cuando el embarazo es producto de la violencia sexual

La situación de angustia, el rechazo al embarazo y la falta de cuidados de la adolescente y su hijo o hija se agudizan cuando el embarazo es producto de una violación, fuera o dentro del contexto familiar. La violencia sexual en contra de niñas y adolescentes en la ciudad de El Alto es un problema muy grave, que ha ido en aumento con el surgimiento de otros problemas en los barrios en donde viven los/as adolescentes entrevistados, como la trata y tráfico, el abuso y acoso de miembros de pandillas mediadas por el alcohol y las drogas.

Hace 2 años mi padre fue Secretario de Actas, no paraba en casa, cada día venían reclamos de los vecinos por las pandillas o seguridad. En el (Programa) Telepolicial dan noticias, hablan de estos problemas (violencia sexual), que muchas chicas pasan aspectos horribles. Se toman veneno, se matan, están solas, se escapan, todo pasa. Si hay dónde ir quizás las chicas estarían mejor (Entrevista N° 10: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Por la soledad, a esta edad la gente no nos entiende. Sentimos que la gente nos va a rechazar o nos va a ignorar, nos va a hacer a un lado por las cosas que nosotros tenemos, los problemas que estamos pasando. Hay veces que no lo queremos decir y recurrimos a las bebidas alcohólicas, pero las personas más fuertes no lo hacen (Grupo Focal N° 1: Adolescentes embarazadas, marzo 2013).

De acuerdo con un informe de la ONG denominada Medio Ambiente y Desarrollo en Acción (ENDA), en El Alto la violencia sexual en contra de niñas y adolescentes abarca una multiplicidad de modalidades, dentro y fuera de la familia. En el año 2012 más del 55% de los casos que esta institución reportó ocurrieron en el ámbito intrafamiliar, de los cuales: 36% fueron cometidos por los hermanos, 27% por cuñados, 14% por padrastros, 9% por primos, 9% por tíos y 1% por padres de familia. Fuera del entorno familiar, son los vecinos, padrinos o allegados al hogar los que aparecen en las listas de los agresores (ENDA 2011).

En la presente investigación se reportaron dos casos de adolescentes cuyos embarazos fueron producto de una violación intrafamiliar. Ambos relatos son experiencias muy duras. En uno de ellos, la adolescente optó por quedar callada y mentir sobre las circunstancias del embarazo por “vergüenza” y “culpabilidad”. En el otro, la adolescente acusó al familiar que la violó, quedando expuesta a vivir todo el proceso de denuncia ante la familia e instancias públicas. Hacer la denuncia no la eximió de cargar con la vergüenza y la culpa, ya que fue constantemente cuestionada por sus familiares e instituciones públicas.

Mi caso es diferente. A pesar de haber tenido mi enamorado, no tuve relaciones con él. Me embaracé como producto de una violación. A partir de entonces comenzó mi verdadero calvario, comenzando por el abandono de mi chico en quien creí y confiaba, igual me abandonó porque llegaron a sus oídos que yo era una ofrecida. Se fue a pesar de probada mi inocencia. Mi mamá poco o nada podía hacer por su familia, tiene su esposo, hijos, parece que jamás le interesó mi vida. Mi abuelita estaba siempre de mi parte, vivía con ella la mayor parte de mi vida y ella fue quien elevó la queja a la justicia. Fuimos a la policía para sentar la denuncia y de allá nos enviaron a otros lugares. Tuvimos que andar por muchos sitios, en todas partes tenía que contar la historia, por el miedo que estaba adquiriendo ya no quería hablar nada, se trataba de mi agresor, mi primo. Mi madre después de unos días se ocupó en averiguar-me, porque se trataba de mi primo, yo no me iba a inventar la historia para acusarle, esa es la verdad, yo tenía mi enamorado y nunca pasó lo que pasó con mi primo. Me di cuenta que estuve embarazada porque no me bajó mi periodo, parecía también que aumenté en mi

peso, no me entraban mis pantalones, los tenía apretados. Desde ese momento comencé a hacer más deporte. Saltaba con soga, correteaba, jugaba fulbito, básquet, me golpeaba mi estómago. No quería pensar en qué iba a ser mamá por una violación. Me sometía a cualquier accidente, no me pasaba nada. Tampoco tenía dinero para ir a consultar o hacerme una prueba del análisis, prueba final y positiva para encarar todo el problema judicial. Tanto problema, los papás de mi primo no querían aceptar la denuncia, decían que yo era una ofrecida, él no hacía más que negarse, desde el momento en que lo acuse se negó. Tenía pruebas contundentes de lo que me pasó, se los demostré oportunamente, él entró a la cárcel, después de un tiempo corto salió y con rabia iba por la casa de mis papás a insultarme, a pegar a mi familia, insultaba, nos amenazaba de muerte. Pedimos garantías y actas de buena conducta para alejarlo de los lugares donde yo estaba viviendo” (Entrevista N° 5: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Como en este caso y otros, la adolescente se encuentra desprotegida y sometida a la re-victimización. Se realiza la denuncia, sin embargo, por los trámites legales el embarazo sigue su curso hasta el nacimiento del bebé, debiendo la adolescente asumir el cuidado de un hijo que nunca planificó. Actualmente, la adolescente vive con su abuela quien se hace cargo del niño.

Los/as proveedores de salud mencionaron que cuando las adolescentes embarazadas de menos de 15 años llegan a los servicios de salud para atender su parto, por lo general, han sido víctimas de abuso o violación sexual. Entre las adolescentes de más de 15 años puede suceder que tengan relaciones sexuales sin su consentimiento, obligadas por sus mismas parejas.

El deseo de embarazarse, tener un hijo y cuidarlo

Fueron pocos los relatos de las adolescentes en que manifestaron haber deseado embarazarse y asumir la responsabilidad del nacimiento y la crianza de el/la hijo. Por lo general, las experiencias positivas están vinculadas con tener una pareja que asuma la responsabilidad, si la adolescente cuenta con éste apoyo afectivo, o el de su padre y/o madre, asume mayor interés por su embarazo.

Pasó la tormenta. Creo que es lindo embarazarse cuando vives y estás casada, antes no. Queda ese pecado en tu mente. También por mis suegros, no sé lo que piensan, vivimos en la misma casa. Mi pareja trabaja yo no. Tengo que cuidar a mi hijita. Cuando salgo a estudiar la dejo con mi suegra (Entrevista N° 18: Adolescente de 18 años, abril 2013).

Como ya se dijo, el apoyo de la familia y la pareja puede hacer que la adolescente asuma con alegría el cuidado de un/a hijo/a. Por ejemplo, se escuchó el caso de una pareja de adolescentes que pertenecían a un grupo de rock, consumían drogas y siempre se escapaban de su casa. Una vez que sucedió el embarazo, y al nacer el bebé y tener el apoyo de toda la familia, las vidas de ambos cambiaron:

Mi vida cambió porque no soy la misma de antes. Ahora actuó con seriedad y responsabilidad. No quiero dejar a mi bebé ni un solo instante. Ya no soy loca y me dedico al cuidado de mi hijito. Mis papis están felices, tengo otro hermano, mayor. Él estudia en la Universidad. Todos le compran ropita (a mi bebé). Mis tíos lo quieren mucho es el primer sobrinito. Y mis papás le adoran. Mi mami me ayuda a cuidarlo cuando me voy a estudiar. Mi chico va por la casa, quiere mucho a mi hijito (Entrevista N° 17: Adolescente de 18 años, abril 2013).

Relaciones de pareja: el rol de los hombres en el embarazo de las adolescentes

Cuando las adolescentes están en pareja y el padre de el/la niño acepta el embarazo, los efectos de la angustia y, hasta cierto punto, el temor al futuro incierto se minimizan. Algunas, incluso, se tornan reflexivas y críticas frente a otras adolescentes que se embarazan.

Me embaracé impensadamente. Nunca pensé tener un hijo hasta salir profesional, este año salgo bachiller. No sabía a quién comentar. Tenía la esperanza de que me baje mi periodo, tomé algunos mates, pasaban los días, los mates no funcionaban, le avisé a mi amiga y ella me dijo que debería hablar con mi pareja y luego a mi mamá. Después de haber hablado con mi pareja, él aceptó y empecé a sentirme bien y feliz porque no tenía rechazo. Para decirle a mi mamá ya no me importó mucho, porque sabía que me iba a comprender más que nadie. Pensé también en que un hijo es una bendición, por eso me sentí feliz. Aunque de repente mi vida cambiaría porque tenía que asumir mi responsabilidad (Entrevista N° 18: Adolescente de 18 años, abril 2013).

Hoy en día los chicos y chicas tienen sus relaciones sexuales muy jóvenes, hasta en las escuelas ya saben todo los chiquitos. Yo tengo amigas que han tenido abortos provocados. No quieren amarrarse con un niño porque es difícil para vivir. No hay trabajo ni cómo mantener a los niños, y si hay (trabajo) también pagan poco, no alcanza para pagar las necesidades. Mi hermanita menor también se embarazó jovencita, cuando tenía 15 años. Mis padres se asustaron, nos enteramos cuando ella llegó al hospital. Ahora me tocó. La diferencia, tengo mi pareja y me voy a casar. Los jóvenes son habilosos para tener aventuras, les dejan a las chicas a su suerte. Tantos casos que salen todos los días (Entrevista N° 15: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

La mayoría de las parejas de las adolescentes embarazadas son otros adolescentes, con diferencias mínimas de uno hasta dos años de edad. Una sola entrevistada hizo referencia a que su pareja era un hombre adulto, no era el padre de su hijo, sino que convivían juntos y criaban al hijo de la adolescente.

Cuando el hombre participa y asume el rol paterno, es más pasivo en la decisión de cuidarse y cuidar a la pareja durante el embarazo. En la mayoría de las situaciones, son las mujeres las que

asumen el rol tradicional de la atención del embarazo y la crianza, reproduciendo esquemas de la madre. El embarazo y la atención del mismo, generalmente, son asumidos por la mujer, desde los cuidados, la atención en salud, la preparación del parto, la preparación de la ropa de el/la bebé, entre otros. La mujer “debe” realizar todo eso, aunque a veces no tenga la información respectiva.

Yo soy la hija mayor y como hija mayor estaba acostumbrada a ayudar. Lavaba, cocinaba, bueno hacía de todo, hasta les bañaba a mis hermanitos. Aprendí de todo porque mi mamá me enseñaba a hacer de todo, compartí muchas cosas con mi mamá. Aprendí también a cómo criar a los niños. Ayudé con mis hermanitos, por eso es que no tuve muchos problemas para manejar a mi hijita. (...) En casa yo hago todo, no quiero que se meta mi marido. Trabaja en turnos, por eso tiene diferentes horarios. A veces él se queda a cuidar a mi hijita. Yo me siento bien, muy protegida y me da mucha seguridad, yo tomo las decisiones, pero no por eso mi esposo se siente mal. Él es feliz, hasta pienso que es como otro hijo o mi hijo mayor (Entrevista N° 11: Adolescente de 18 años, abril 2013).

En pocos casos se observa un apoyo y trabajo compartido en la pareja, o tomando decisiones conjuntas. Sin embargo, cuando las parejas de las adolescentes realizan actividades en el hogar (cocinar, lavar, limpiar o cuidar a su hijo), ellas consideran que las “ayudan” pues esas son sus responsabilidades que como mujeres madres deben cumplir, es decir, está ausente la idea de responsabilidad compartida, en tanto que las construcciones tradicionales de género están fuertemente vigentes en las/os adolescentes.

(Mi pareja) Me ayuda en la casa, él lava la ropa del bebé y de todos nosotros, también cocina. En mi casa mi papá ayuda a mi mamá cuando no trabaja. (...) Decidimos casi siempre juntos para ir a cualquier lugar o comprar lo que necesitamos. (...) (Entrevista N° 7: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Como siempre, estoy en casa y yo hago todo el trabajo, alguna vez me ayuda mi pareja. No me siento mal haciendo lo que hago, hasta soy feliz porque no trabajo fuera, simplemente en casa. Me dedico también a hacer artesanía. Las decisiones las tomamos casi siempre juntos, algunas veces no, pero la mayoría decidimos juntos. Nos apoyamos bastante y me siento bien por tener lo que tengo (Entrevista N° 6: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Las adolescentes que viven solas

Aunque son pocos los casos, hay un grupo de adolescentes entre los 16 y 19 años que viven solas. Ellas migraron para estudiar o trabajar, y sus padres, madres u otros/as familiares se quedaron a vivir en el pueblo/comunidad para trabajar en la agricultura.

Cuando acontece el embarazo estas adolescentes no tienen ningún apoyo, ni siquiera de su pareja. En caso de no haber podido abortar, ellas asumen la responsabilidad del embarazo y la crianza. Con toda seguridad, esto implica una situación muy difícil: “Es la primera vez que tengo este problema, mi vida cambió, estoy muy triste, lo peor de todo es que estoy sola. A ratos pienso no decirles nada a mis familiares hasta unos meses más” (Entrevista N° 8: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

El caso de una adolescente en situación de calle

Durante el desarrollo de la investigación se conoció a una adolescente que vivió en situación de calle y era trabajadora sexual. Ella tuvo un bebé que actualmente está a cargo de su madre, lo visita de vez en cuando. Decidió vivir con una amiga, antes que vivir en la casa de su madre, pues se lleva muy mal con su padrastro.

Terminé la escuela y me fui a vivir en la calle porque mi madre tiene otro marido y no me llevaba bien con mi padrastro. A ella tampoco le importaba dónde pueda vivir, tenía mucha preferencia con su marido. Actualmente trabajo en la calle, teniendo relaciones sexuales y me cuido mucho para no tener enfermedades. Ahora vivo con una amiga. El niño vive con mi mamá, en su casa, lo visito cuando el padrastro no está en la casa. Me odia no me quiere ver, hasta ha intentado pegarme. Se ha quejado a la policía. No quiero hacer más problemas porque mi mamá está cuidando a mi hijito, por eso no voy mucho (Entrevista N° 14: Adolescente de 17 años, abril 2013).

3.3 El acceso a información y educación en SSSR y DSDR

En las entrevistas y grupos focales se manifiesta que algunas adolescentes tienen información sobre la SSSR. Sin embargo, ésta es insuficiente y es relacionada solo con los métodos anticonceptivos. Los DSDR no forman parte de su vocabulario, aun las que han asistido a un servicio de salud no han escuchado hablar de los mismos.

Los/as adolescentes inician tempranamente sus relaciones sexuales. La mayoría de las entrevistadas mencionaron que tuvieron su primer enamorado entre los 12 y 13 años de edad, aunque no todas iniciaron sus relaciones sexuales a esa edad, lo hicieron poco tiempo después. Ellas consideran que antes de tener una pareja estable es bueno “conocer” a varias personas, aunque algunas solo han tenido una pareja hasta su edad actual. Por lo general, tuvieron su primera relación sexual por “curiosidad” o por la necesidad de “experimentar”.

Hay diferentes percepciones sobre cómo cuidarse de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y evitar un embarazo no planificado. En general, las adolescentes no piensan en la posibilidad de embarazarse, por ello tampoco piensan en el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, en la mayoría de los casos el embarazo sucedió en la primera relación sexual.

- No utilizo ningún anticonceptivo, interrumpimos. Por si acaso, después de la relación sexual me lavo con orín para evitar riesgos de embarazo.
- Aunque sabemos que es nuestro derecho (la SSSR) da vergüenza ir a buscar condones. Cuánta vergüenza. Sé también que con frecuencia las chicas usan la píldora de un día después. Algunos usan condones, claro que sí. Tampoco mis hermanos deben planificar, ni creo que sepan lo que es salud sexual y reproductiva, por el número de hijos que cada una de ellas tiene.

(Grupo Focal N° 2: Adolescentes embarazadas, abril 2013)

En las decisiones de usar un método anticonceptivo durante las relaciones sexuales, no solo para protegerse de un embarazo sino también de las ITS y el VIH/SIDA, influyen las relaciones de género mediadas por relaciones de poder entre los sexos, donde las adolescentes son amedrentadas con terminar la relación por falta de una prueba de amor o por el machismo.

Las adolescentes consideran que para sus pares hombres el significado del enamoramiento es distinto al de ellas, pues a ellos les gusta tener varias parejas al mismo tiempo, en tanto que ellas se comprometen con una sola persona. Casi siempre el hombre no quiere usar un método anticonceptivo, el condón, y las adolescentes, que si bien conocen ése y otros métodos, no saben dónde adquirirlos o simplemente no se sienten capaces de negarse a tener una relación sin protección.

Muchas veces la pareja se resiste al uso de un método anticonceptivo. Hay chicos que conocen los condones, generalmente no los usan. A mí me capacitaron en salud sexual y reproductiva y sé cómo protegerse del embarazo, pero no lo hice cuando me tocó hacerlo. Mi pareja no me aceptaba. No le gusta usar esas cosas, dice que es incómodo (Entrevista N° 4: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Los adolescentes hombres reconocen la falta de cuidados en las primeras relaciones sexuales:

No, no nos cuidamos la primera vez porque no dejamos llevar por los sentimientos, intentamos satisfacer nuestra relación sexual, no nos cuidamos del embarazo. Las mujeres sí, siempre se están cuidando (Entrevista a hombre adolescente de 18 años, abril 2013).

Las adolescentes piensan que el embarazo es una responsabilidad de las mujeres, incluso la consideración de “desgracia” también está vinculado con ser mujer, pues son quienes se perjudican y no los hombres.

La anticoncepción de emergencia, aceptada e incluida como parte de la oferta de la gama de métodos anticonceptivos en la *Norma Nacional de Anticoncepción* (2010), no está al alcance de los/as adolescentes. Si bien muchos/as manifiestan conocerla como la “píldora del día después”, no saben en dónde obtenerla ni cómo se usa. Una de las entrevistadas dijo que

aunque ella quiso usar esta píldora no lo pudo hacer porque no disponía del dinero para comprarla. Si bien la píldora de emergencia es gratuita en los servicios de salud, la misma no se encuentra disponible en los lugares donde están accediendo los y las adolescentes.

Las fuentes de información

Algunas adolescentes mencionan que en sus unidades educativas recibieron algún tipo de información sobre SSSR. Sin embargo, esta información se focalizó en los métodos anticonceptivos y, de acuerdo con su percepción, “los anticonceptivos son para planificar familias”, que según ellas no es su caso porque no tienen una pareja y mucho menos una familia. Además les da “vergüenza hablar de esos temas”. Muy pocos/as adolescentes se apropian de ésta información.

Varias adolescentes cuentan que los/as profesores asocian a los/as adolescentes que toman alcohol, no estudian y son parte de pandillas con el uso de métodos anticonceptivos, como una manera de prevenir embarazos o enfermedades. Por ello, otros/as adolescentes, que no están en esa situación, llegan a considerar que los métodos anticonceptivos no les competen.

En los colegios dan orientación sobre el uso de anticonceptivos, incluso los chicos mencionan farmacias donde se compran. Los profesores dicen que es para los chicos que están en el alcohol y las pandillas, pero no dicen que cualquiera se puede embarazar, hablan más sobre pandillas y alcohol. Les preocupa que haya chicas y chicos que toman mucho, no estudian, pierden el año. Cuando hay ferias en el colegio preparamos temas sobre derechos humanos, sobre salud y otras enfermedades, pero los que no estamos en pandillas y alcohol no hablamos de esos temas (Grupo Focal N° 1: Adolescentes embarazadas, marzo 2013).

Por otra parte, son pocas las adolescentes que antes de embarazarse hablaron de SSSR. Si lo hicieron fue alguna vez con sus madres pero, nuevamente, sobre la base del temor y riesgo de una relación sexual y de quedar embarazadas.

Es notorio que los servicios de salud, siendo una fuente importante de educación y prevención para estos temas, son los menos aludidos como fuente de información.

Prevención de un segundo o más embarazos

A pesar de una primera experiencia traumática, algunas adolescentes no toman las medidas de prevención necesarias para no quedar nuevamente embarazadas. Entre las causas están: la falta de información y orientación en los servicios de salud cuando han tenido su parto o la ausencia de una estrategia educativa más amplia. Además, inician el recorrido de la maternidad como un designio y no piensan en la prevención.

Ya no quiero tener más hijos, me estoy cuidando con el calendario, aunque no es seguro, sé que no hay un anticonceptivo seguro en su totalidad. Tengo miedo a los anticonceptivos (Entrevistas N° 4: Adolescente de 16 años, marzo 2013).

Ahora ya me estoy cuidando en forma natural (método del ritmo), pero voy a ir al centro para que me den pastillas. No quiero tener otros hijos todavía, es difícil cuidarles. A veces no hay cómo dejarles y para tener una empleada hay que ganar más dinero. Por lo menos me tengo que cuidar por muchos años (Entrevista N° 19: Adolescente de 18 años, abril 2013).

Varias de las entrevistadas piensan que después de tener a sus bebés no deben tener relaciones sexuales para evitar un nuevo embarazo. Hay diferentes concepciones sobre los tiempos de la abstinencia sexual, hay quienes consideran que debe ser de 46 días otras de 90 días. O algunas simplemente no quieren cuidarse, les gustaría volver a embarazarse.

- No utilizo ningún anticonceptivo, interrumpimos, por si acaso después de la relación sexual me lavo con orín para evitar riesgos de embarazo. Mi bebé sigue lactando va a cumplir 6 meses.*
- Nunca usé anticonceptivos, ni los usaré, quiero tener muchos hijos, cuatro, igual que en mi familia para que se apoyen entre ellos, mis hermanos me apoyan mucho y no se enojaban como mis padres.*

(Grupo Focal N° 2: Adolescentes embarazadas, abril 2013).

También hay adolescentes que han experimentado situaciones de vida muy difíciles por un embarazo no planificado, no desean volver a embarazarse, y además quieren protegerse de las ITS o el VIH/SIDA.

Exijo en mis servicios que usen (condones), para no tener el VIH. Yo voy al CRVIR (SERES-El Alto), estoy registrada como trabajo en la calle. Conozco a mis compañeros que tienen el VIH, yo tengo miedo y me cuido. No pienso dejar este trabajo, no me va mal, tengo para vivir, ayudo también a mi mamá para que compre cosas para mi hijito (Entrevista N° 14: Adolescente de 17 años, abril 2013).

3.4 Los proyectos de vida

Los factores sociales y las exigencias del entorno presionan a la adolescente para la toma de decisiones sobre su futuro. Para algunas la experiencia del embarazo y de ser madres ha sido tan fuerte que ya no tienen motivaciones para estudiar o invertir en ellas. Pocas continúan estudiando, y menos en el horario diurno o vespertino en que acostumbraban hacerlo antes de quedar embarazadas, las que siguen estudiando lo hacen en el horario nocturno.

Aunque se dispone del Código Niño, Niña y Adolescente (1999) que señala, de manera explícita, la protección del derecho de las adolescentes embarazadas a acceder a la educación, ellas deciden no continuar sus estudios pues perciben o sienten que las “miran”, las “critican” y les da “vergüenza” ir al colegio. Pero además, los padres de familia se oponen a que sus hijas

embarazadas continúen sus estudios porque deben trabajar, tienen problemas familiares o tienen que cuidar a su bebé.

Pero la mayoría de las adolescentes tienen la esperanza de seguir estudiando, todo depende del apoyo de su familia o pareja.

Tengo pensado salir bachiller y seguir estudiando. Mis papás quieren que sea profesional y voy a estudiar. Quiero ir a la universidad, a la UMSA, para estudiar Trabajo Social, mis papás me van a ayudar. Quiero también que mi pareja estudie. Él trabaja y está yendo a INFOCAL, no tiene tiempo, solamente los fines de semana. Una vez que mi hijito tenga dos años le vamos a llevar a una guardería, en una de las zonas hay el Manitos de la Alcaldía (guarderías del GAM El Alto) (Entrevista N° 2: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Otro grupo de adolescentes iniciaron su vida laboral para mantener a sus hijos/as. Muchas de ellas trabajan en: negocios familiares, costura de ropa, atención de karaokes o restaurantes, venta de productos en mercados o en el hogar. Así también, otras adolescentes se dedican a labores de casa y la atención de la familia o pareja.

Como se puede apreciar, a las adolescentes embarazadas o madres se les incrementan las dificultades para enfrentarse a la vida y continuar sus estudios. Aparte del rechazo y presión social, se multiplican sus tareas pues deben cumplir con una doble jornada de trabajo, una en la calle o la casa en actividades laborales, y una segunda, que no deja de ser importante, atendiendo del hogar, ellas se encargan de toda la familia, ya sea la suya o de la pareja.

Las percepciones que se tiene del embarazo están dirigidas a que las adolescentes perdieron su libertad y la oportunidad de continuar con los estudios. Ellas consideran que con el embarazo hay un cambio en su vida y ya no pueden realizar lo que antes hacían, principalmente, estudiar. Las adolescentes mantienen en su interior sus proyectos de vida, sin embargo, por ahora los posponen ya que existen otras obligaciones.

Procuró no hacer enojar a mis papás, y tengo que demostrarles con mi trabajo y estudiando, porque tengo mucho interés, a ver si me puedo postular también a una beca. Sería maravilloso tener una buena oportunidad de poder acceder a una beca, así me dedicaría completamente a estudiar, aunque tenga que cuidar también a mi bebé. No quisiera tener más hijos, siento que es muy difícil. Tengo que estudiar hasta salir bachiller, por lo menos si puedo seguir estudiando más adelante sería lindo. Me gustaría ser profesora, es seguro el trabajo, en caso de cualquier percance o problemas que podría surgir más adelante (Entrevista N° 5: Adolescente de 18 años, marzo 2013).

Algunas adolescentes ni siquiera piensan en qué les va a suceder y cuál será su vida futura. Como el caso de una adolescente que está en el colegio y que todavía no comunica a su familia sobre su embarazo:

No tengo muchos proyectos, tal vez terminar el colegio. No sé si mi mamá me ayudará con mi bebé. Sé que va a ser mujercita, me han sacado una ecografía. Lo bueno es que no me voy a perjudicar (en el colegio), cuando nazca mi hijita vamos a estar en vacaciones. Todavía no sé qué puede pasar. No puedo decir nada. No tengo nada para recibir a mi bebé. Ropitas compraré, no tengo tiempo para hacer nada porque ayudo a mi mamá. No he dicho nada, en mi curso ya se han dado cuenta algunos compañeros que estoy mal (Entrevista N° 17: Adolescente 18 años, abril 2013).

Como ya se mencionó, en El Alto son pocas las instituciones sociales que apoyan a las adolescentes embarazadas, principalmente, en construir un futuro. Son reconocidas algunas instituciones que trabajan en diferentes temas de prevención y protección de niñas y adolescentes.

Una de estas instituciones es ENDA, que si bien no se ocupa específicamente del embarazo en adolescentes, las temáticas con las que trabaja están directamente relacionadas. A través de la “Casa Minka” se dedica a la atención integral de niñas y adolescentes, de entre 6 y 18 años, víctimas de violencia física, psicológica y sexual, proporcionándoles terapia psicopedagógica especializada. Sobre todo, focaliza su apoyo en niñas/adolescentes con VIH y en la protección a la víctimas, de acuerdo a la Ley N° 348 “Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia” (9 de marzo de 2013). También, mediante la “Casa Fraternidad”, un hogar transitorio, se apoya a niñas, niños y adolescentes de la calle que están en abandono y son adictos a algún tipo de droga. A ellos/as les ofrecen un lugar donde pernoctar por el espacio de una semana, tiempo en el cual les brindan apoyo psicológico y orientación. Muchas de estas adolescentes son madres, conduciendo a sus hijos/as al mismo círculo vicioso de pobreza y marginación que ellas viven.

Otras redes y dependencias del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto llevan a cabo principalmente actividades de prevención de violencia en la familia, en instituciones educativas y establecimientos de salud, pero no tienen un programa de acogida o apoyo específico para las madres adolescentes. Entre ellas están: la Comisión Municipal de la Niñez y Adolescencia, la Red Contra la Violencia en la Familia y la Mesa Contra la Violencia Sexual Comercial-El Alto.

Finalmente, vale la pena resaltar el caso de una adolescente embarazada cuyos padres tienen capacidades diferentes (sordomudos), y recibió el apoyo de una institución (no quiso mencionar el nombre) durante su embarazo.

Aprendí a cuidar a mi hijo sola. No tengo mucha confianza en mis padres por su condición de sordomudos, ellos viven su mundo. De pronto aprendí haciendo y cuidando a mi hijo. Yo tejí casi toda la ropita, también me regalaron para mi bebé, personas que me conocen y una institución donde acudo, ellos me ayudaron mucho sin dudar de mi pareja que me ayudó y me sigue ayudando en todo (Entrevista N° 4: Adolescente de 16 años, marzo, 2013).

IV. DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS

Actualmente el embarazo en la adolescencia es un tema que ha generado diferentes discusiones y posturas desde el plano de las disciplinas sociales y médicas, así como en la política. Por un lado, hay perspectivas que sitúan al embarazo en adolescentes como un problema con consecuencias negativas en varias esferas de la vida de las adolescentes y su entorno. En este sentido, se han identificado una serie de determinantes próximas al embarazo en adolescentes, como iniciación sexual y nupcialidad temprana, así como limitaciones en el acceso a la anticoncepción, y otros de carácter estructural, como la pobreza, las inequidades sociales, las relaciones de dominación y subordinación de género y la violencia (ORAS-CONHU 2009).

Otras posturas se han inclinado por considerar al embarazo en la adolescencia con una “invención” que responde a intereses políticos, científicos y demográficos de los siglos XX y XXI, ubicando incluso a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) como parte de los discursos que contribuyen a la normalización de la sexualidad a través del ejercicio de la supuesta autonomía del cuerpo y la sexualidad. Desde esta perspectiva, el embarazo en la adolescencia pone en tensión a los DSDR que, por un lado, reconocen el derecho de el/la adolescente a decidir libremente sobre el número, espaciamiento y momentos de tener hijos y, en otros momentos, sitúa al embarazo en adolescentes como un fenómeno negativo que trae consigo riesgos de diversos órdenes. Es decir, una tensión en la constitución de la categoría “adolescente” (Quintero 2008).

Aunque el interés central de esta investigación no fue poner en discusión el embarazo en la adolescencia en las zonas de estudio, el hecho de profundizar en las motivaciones y decisiones que las adolescentes tienen para cuidar su embarazo y acceder a los servicios públicos de salud, lleva a plantear que las construcciones sociales de la adolescencia y la sexualidad tienen un rol fundamental en las decisiones de las adolescentes y su entorno, y en la manera como los servicios de salud abordan el embarazo en adolescentes, más allá de los enfoques técnicos y normativos. Es decir, las categorías adolescencia y sexualidad cobran una significancia importante en el abordaje del embarazo en adolescentes y, por tanto, deben ser mejor estudiadas

para orientar tanto las políticas públicas como la generación de procesos educativos y sociales transformadores con la participación de los/as propios adolescentes.

Desde esta perspectiva, la investigación identifica algunas líneas de discusión en relación con los objetivos y hallazgos. Cabe destacar que esta discusión se enmarca en el enfoque cualitativo aplicado al estudio, es decir, se desarrolla a partir de las vivencias, opiniones y percepciones sobre el embarazo en adolescentes y los dos diagnósticos cualitativos aplicados en los servicios públicos de salud en la ciudad de El Alto: el Hospital Materno Infantil Los Andes (HMILA) y el Centro Materno Infantil Lotes y Servicios (CMILS).

1. SOBRE LOS MOTIVOS QUE INFLUYEN EN LAS DECISIONES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD U OTRAS ALTERNATIVAS DE CUIDADO

Se observa que la manera como las adolescentes viven y perciben su embarazo determina la comunicación sobre el mismo y la búsqueda temprana o tardía de atención. Las construcciones del ser adolescente y las concepciones sobre la sexualidad, son las que están detrás de estas vivencias.

Son reiterados los sentimientos de “miedo” o “temor” en las adolescentes, tanto cuando se trata de comunicar su embarazo como también para acceder a cuidados. Estas situaciones se vinculan con el hecho que las adolescentes tienen que contar cómo sucedió el embarazo y con quién. Es decir, hablar de sexualidad. Tema que se evita abordar de manera directa en las redes familiares, sociales y de salud.

En este sentido, las adolescentes embarazadas viven un largo proceso de angustia. La mayoría de las veces comunican tardíamente la noticia, incluso algunas veces sucede recién al momento del parto. Algunas de ellas intentan primero otras soluciones, desde el aborto hasta el suicidio. Asimismo, otras adolescentes no tienen ninguna información sobre cómo sucede el embarazo y cuáles son sus síntomas, dándose cuenta de su situación por los cambios corporales o por la ausencia del sangrado menstrual.

Los padres y madres de familia, y su entorno cercano, juegan un rol fundamental en las decisiones de las adolescentes embarazadas al momento de buscar atención especializada u otras alternativas, no sin antes culpabilizarla y estigmatizarla. Al final, en la mayoría de los casos, es la madre o una pariente cercana (tía o abuela) quien decide por la adolescente cuál será el camino a seguir. De las experiencias vividas por la madre o familia dependerá el tipo de ayuda que se busque. Muchas de las familias que son migrantes aymaras, en primera y segunda generación, optan por la costumbre de tener a sus hijos en casa, atendidas por una pariente, vecina o partera de confianza, asegurando también la confiabilidad del “secreto familiar”. Asimismo, varias madres deciden llevar a sus hijas embarazadas a un centro de salud, ya sea por experiencias previas positivas, porque tienen más información sobre los servicios de salud o

no conocen otra alternativa. Las preferencias de las adolescentes no son tomadas en cuenta, la mayoría no quiere ir a un centro de salud por el “temor” a ser cuestionadas y criticadas en los ambientes públicos.

Las amigas son la otra fuente de información clave para tomar decisiones además de brindar apoyo, sin embargo, estos consejos son efectivos cuando las adolescentes viven solas o cuando logran ocultar su embarazo y deciden ir a un lugar alejado del hogar para tener a su bebé y, si fuera posible, abandonarlo.

Son pocas las adolescentes que toman decisiones conjuntas con sus parejas, esto solo acontece cuando su pareja es mayor en edad o cuando en pareja logran vivir de manera independiente. Sin embargo, no fueron los casos demostrativos de la investigación. La mayoría vive con los padres y madres de familia o suegros, aunque estén en pareja.

Otra situación en la que las adolescentes pueden decidir ir a un servicio de salud es cuando ya han sido madres, es decir, ya tuvieron un/a hijo. Sin importar su edad, la adolescente cuando ya es madre es considerada por su entorno como “adulta”. Hasta cierto punto pareciera que la maternidad otorga “poder de decisión”, pero este poder está más relacionado con las responsabilidades y roles que tienen que asumir todas las mujeres-madres, independientemente de la edad.

Es importante resaltar que la situación en que emerge el embarazo es fundamental para la toma de decisiones y los cuidados actuales y futuros de las adolescentes. Algunas definen sus embarazos como “impensados”, es decir, tuvieron una buena experiencia en una relación sexual pero con consecuencias imprevistas. Pero para otras el embarazo es fruto de la violación o violencia sexual, por lo que su situación se torna angustiante, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la familia. Ellas terminan por ocultar tanto el embarazo como la agresión.

2. SOBRE EL ABORDAJE Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS

Una vez que por diferentes motivos las adolescentes llegan a un servicio de salud para atender su embarazo o para los cuidados de su hijo o hija, la manera como el servicio esté preparado para atenderles se convierte en una oportunidad para fortalecer las decisiones de las adolescentes respecto a su cuerpo, el ejercicio de la sexualidad, la maternidad y, principalmente, la prevención de otro embarazo no planificado o deseado. Pero al mismo tiempo, los servicios de salud también pueden ser espacios en donde se refuerzan los estigmas del embarazo en adolescentes y los roles que tienen que asumir las adolescentes como adultas, independientemente de las circunstancias del embarazo.

Los dos servicios de salud estudiados, pertenecen a Redes de Salud que tienen una importante captación de adolescentes embarazadas. Sobre la base de estadísticas del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES), las redes de salud Los Andes y Lotes y Servicios llegaron a captar entre el 2011 y 2012, aproximadamente, el 39% del total de embarazos de menores de 20 años

atendidos en todas las Redes de Salud de El Alto, y entre enero y agosto de 2013 está captación alcanzó el 36% (SERES 2013).

Tanto en el HMILA como en el CMILS hay un abordaje de la adolescente embarazada, sin embargo, mientras que en el primero hay ciertas iniciativas para una atención diferenciada de la misma, en el segundo no se desarrolla ninguna. Tomando en cuenta la perspectiva de las usuarias y lo complejo que resulta para ellas tomar decisiones para asistir a estos servicios, cualquier iniciativa que se implemente para garantizar su privacidad y bienestar resulta muy importante para decidir no solo ir al servicio sino también continuar con sus cuidados.

El HMILA, desde el 2007, viene desarrollando iniciativas para mejorar el acceso de las adolescentes embarazadas. Estas iniciativas se han concentrado en: a) Acortar el camino que recorre la usuaria y buscar ofrecerle una atención directa a la consulta médica, evitando exponerla al recorrido de las otras usuarias no adolescentes. b) Promover la información y educación en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) con grupos de apoyo entre adolescentes embarazadas. c) Ofrecer una atención médica basada en un modelo de atención integral que incorpore el buen trato, confianza y una competencia técnica de calidad. A partir de estas iniciativas, proveedores y usuarias coinciden en mencionar que se ha mejorado el acceso de las adolescentes a las consultas médicas prenatales, pediátricas y la asistencia al parto, además hay mayor interés para la prevención de un nuevo embarazo, se percibe menos ansiedad y miedos y hay más participación en las consultas.

No obstante a los avances mencionados, en el HMILA todavía existen limitaciones que afectan la consolidación de un abordaje integral y más sostenible del embarazo en adolescentes. Desde las observaciones en el servicio, las entrevistas con proveedores y usuarias, las limitaciones identificadas son las siguientes: a) Falta de institucionalidad del programa de atención diferenciada, con asignación de recursos y exigibilidad para el cumplimiento del mismo. b) Debilidades en la competencia técnica para el abordaje de la adolescente, principalmente la ausencia del abordaje integral de la sexualidad que vincule el embarazo con la anticoncepción, ITS, VIH/SIDA, CCU y otros. Las consultas están centradas en la maternidad. c) Falta de un programa educacional y de orientación con enfoque de DSDR y de género. d) Un modelo centrado en la consulta externa, que deja de lado otras salas de internación y emergencias donde acceden adolescentes con hemorragias del primer semestre del embarazo o para atender su parto. e) No todos los/as proveedores comparten los enfoques y posibilitan el ejercicio de derechos, prevalecen censuras y actitudes que cuestionan a las adolescentes embarazadas. f) Escasa participación y apoyo de las redes sociales a las iniciativas.

En el CMILS, al no incorporarse ninguna iniciativa para la atención a las adolescentes embarazadas, es notorio que las usuarias adolescentes que llegan al servicio siguen el recorrido de cualquier otra usuaria. Este centro de salud otorga mayor importancia a las atenciones del adulto mayor y a las consultas infantiles. Las usuarias entrevistadas manifiestan el cansancio por el largo tiempo de espera, asimismo, el miedo y el temor que tienen cuando consultan. Las que llegan a este centro de salud es porque no tienen otra alternativa. Los/as proveedores de salud son conscientes de esta situación y no eluden el problema, sin embargo, hay la tendencia

a pensar que la solución es una infraestructura específica para las adolescentes, un personal capacitado y recursos económicos para el mismo.

En este centro es interesante notar que el Bono Juana Azurduy (BJA), siendo un incentivo para que las usuarias embarazadas o madres acudan a los servicios de salud, no es el factor o motivo por el cual las adolescentes acceden al mismo. Es decir, desde la perspectiva de los/as proveedores, el BJA no está ayudando a lograr mayor captación de adolescentes embarazadas ni de sus hijos, por lo que esta política debería revisarse.

También, es notorio que en la zona Lotes y Servicios sobresalen las organizaciones comunitarias (Consejo Local de Salud, Organizaciones Territoriales de Base y otras), como espacios importantes para generar acciones educativas de prevención y apoyo a los/as adolescentes. Estas organizaciones cuentan con líderes, hombres y mujeres, sensibilizados con los DSDR. Sin embargo, el interés de estas organizaciones por lograr acciones integrales y conjuntas se ve limitado al no tener un vínculo efectivo con el CMILS y no contar con el apoyo de las instancias municipales y regionales de salud.

Los resultados de los diagnósticos realizados en el HMILA y el CMILS, aun con sus diferencias en el abordaje, muestran que la atención de las adolescentes embarazadas es todavía muy débil. Hay una tendencia a considerar y tratar a las adolescentes como adultas por el hecho de ser madres que, aunado a la condición de “solteras”, implica una serie de responsabilidades y roles que no están preparadas para asumir.

Está presente la urgente necesidad de profundizar en las construcciones de la adolescencia y la sexualidad. Son necesarias pero no suficientes las adecuaciones que los servicios hacen al respecto. Es vital una reflexión más profunda relacionada con el cambio de actitudes hacia el abordaje de la sexualidad.

Por otra parte, entre los/as proveedores se manifiestan tensiones que precisan resolverse en relación a las consideraciones de: la anticoncepción en la adolescencia, el trato que se debe dar a una adolescente que es madre pues a pesar de la edad ingresa a los programas como adulta, en el cumplimiento de las normativas con adolescentes menores de 14 años, en cuanto a las alternativas para el parto vaginal o por cesárea, y en la autonomía o capacidad que pueden tener las propias adolescentes para decidir.

3. SOBRE LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN LA PREVENCIÓN, APOYO Y PROYECTO DE VIDA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Los servicios de salud, las redes sociales y los/as adolescentes participantes de la investigación se ubican en zonas urbanas y peri urbanas denominadas Los Andes y Lotes y Servicios, cuya población es predominantemente aymara migrante, de varias generaciones. Sus habitantes se dedican al comercio formal e informal combinado con actividades agrícolas para el auto consumo en sus comunidades de origen –estrategia que, en el ámbito de lo identitario, les

permite continuar con un importante vínculo material y afectivo hacia su cultura. Como en otras zonas de la ciudad de El Alto, la violencia, la delincuencia y la presencia de pandillas afectan las condiciones de seguridad ciudadana. Es en este contexto donde se intercambian valores de una ética moderna (ser alguien en el futuro, ser autónomo) con la ética tradicional (reproducir roles, acatar la costumbre), allí los/as adolescentes construyen su identidad.

Los/as adolescentes tienen que prepararse para hacer frente al futuro y, al mismo tiempo, deben hacerlo en el marco de las normativas culturales (formar familia, seguir la tradición). Cuando acontece un embarazo no esperado, no deseado o no planificado, la situación se torna conflictiva para el/la adolescente y para sus redes sociales, ambas éticas (la moderna y la tradicional) sitúan al adolescente, principalmente a la mujer, en la culpabilidad, el estigma y la vulneración de sus derechos.

El marco legal de protección social de el/la adolescente se ve limitado por la fuerza del estigma que recae sobre la adolescente embarazada en todos los ámbitos: 1) Abandono o interrupción de los estudios, en el mejor de los casos se continúa estudiando en un colegio nocturno. 2) Incorporación a la economía familiar (comercio) y otorgación de responsabilidades de mujer adulta, ya que se suele pensar: “Ya eres madre, ahora tienes que cuidar a tus hermanos menores y cocinar para ellos”. 3) Deterioro de las relaciones familiares, el padre se siente ofendido y agrede tanto a la madre como a la hija. 4) Es casi un designio, pues se repite la experiencia de la madre. 5) Reproducción de las inequidades de género, ya que los adolescentes hombres no asumen ninguna responsabilidad. 6) La desinformación sobre la anticoncepción, los DSDR y el poco acceso a servicios de salud, contribuyen a que el embarazo en la adolescencia se viva como un conflicto. La situación empeora cuando el embarazo es producto de violencia sexual.

Aunque el embarazo adolescente en los lugares de estudio es percibido como un problema, las acciones de prevención son muy escasas, poco integradas y no cuentan con apoyos institucionales. Las diversas instancias organizativas sociales que se destacan en la ciudad de El Alto (Federaciones de Juntas Vecinales, Consejos Locales de Salud, Juntas Escolares), no tienen el mismo efecto en la prevención, atención, cuidados y apoyo a las adolescentes embarazadas.

Por otro lado, las familias también pasan por un proceso inicial de rechazo, cuestionamiento y crítica, pero en la mayoría de los casos terminan por aceptar a las adolescentes embarazadas, ayudarlas y asumir las responsabilidades. En estos procesos son las mujeres, principalmente madre e hija, las que asumen la responsabilidad y el “error” del embarazo. Los hombres, representados por el padre de la hija y la pareja, se encargan de reforzar esas ideas, estigmatizándolas o con el abandono o el rechazo.

Son pocas las parejas de las adolescentes que asumen la responsabilidad del embarazo. En la mayoría de las situaciones abordadas en este estudio, las parejas son también adolescentes con poca diferencia de edades.

La prevención de un segundo o subsecuentes embarazos es un tema poco abordado por todas las instancias. Nuevamente aquí destaca el hecho de evitar hablar de la sexualidad y sus

implicancias. Las mismas adolescentes que no quieren un segundo embarazo, no usan las alternativas para evitarlo y no tienen información clara al respecto. Los diálogos sobre sexualidad y DSDR están ausentes en las instancias educativas. De hecho, el rol de la escuela o colegios frente al embarazo en adolescentes estuvo casi ausente durante las entrevistas.

Cuando se habla del proyecto de vida, las adolescentes tienen muchas expectativas para el futuro, principalmente seguir estudiando, pero al mismo tiempo manifiestan que antes que nada deben cumplir con su responsabilidad fundamental: asumir la maternidad, ser buenas madres y cuidar de su hijo o hija.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

A partir de la discusión de los hallazgos expuestos anteriormente, se puede concluir que el abordaje del embarazo en la adolescencia, tanto en los servicios de salud como en los contextos familiares y sociales, debe incluir una discusión amplia sobre:

1. *La construcción social y cultural de la adolescencia:* El estigma social sobre el embarazo en la adolescencia está asociado al hecho mismo de ser adolescente.
2. *La sexualidad en la adolescencia:* Los servicios de salud y los contextos familiares y sociales evitan hablar de la sexualidad.
3. *La autonomía y capacidad de toma de decisiones de los y las adolescente:* El embarazo en la adolescencia devela la vulnerabilidad y el poco margen que tienen para fortalecer su autonomía.

Por otro lado, la investigación también encuentra que:

- El marco legal de protección social a el/la adolescente no tiene mecanismos sólidos para hacer frente a la impunidad y vulneración de derechos a las que se ven sometidas las adolescentes embarazadas. No hay claridad normativa en la construcción del ser adolescente y joven.
- Bolivia es uno de los pocos países en América Latina que tienen constitucionalizados los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, sin embargo, la aplicabilidad de los mismos dista mucho de lo que reza la Constitución Política del Estado.
- En los servicios de salud los programas oficiales para la atención diferenciada de los/as adolescentes no cuentan con recursos financieros y humanos suficientemente capacitados

para el abordaje integral y de derechos. Las iniciativas dependen de las personas. En algunos casos, se sigue creyendo que la adecuación de los servicios para adolescentes implica poner flores o contar con ambientes coloridos, que contrastan con la tristeza y angustia que viven las adolescentes madres. La responsabilidad de los gobiernos nacional, regional y local, hacia el embarazo en adolescentes queda en entredicho con lo que acontece en la práctica.

- Las adolescentes entre 15-19 años no buscan embarazarse, ellas tienen muchas expectativas e ideales, incluso piensan que la edad ideal para ser madres es a partir de los 25 años, y son conscientes de lo que implica un embarazo. De tal manera que cuando estos embarazos no están mediados por la violencia sexual, han sucedido por la necesidad de experimentar la sexualidad sin medidas de preventivas, por falta de información y acceso a métodos anticonceptivos o por relaciones de poder con su pareja.
- Las parejas de las adolescentes madres suelen ser otros adolescentes, provenientes de los mismos contextos sociales y que, ante el temor a la responsabilidad y la crítica, optan por dejar sola a su pareja. Sin embargo, se observaron casos en que los adolescentes hombres quieren asumir la responsabilidad, pero sus padres y madres de familia se oponen, por tanto, sus decisiones no son tomadas en cuenta cuando quieren enfrentar el embarazo y el cuidado de su hijo o hija.

2. RECOMENDACIONES

La investigación considera fundamental trabajar en diferentes ámbitos con acciones concretas, pero éstas no tendrían efecto si no son concebidas y trabajadas con los/as propios adolescentes. Al respecto, fue importante identificar en este estudio al Comité de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (CAJPEA), una articulación de organizaciones sociales, redes juveniles e instituciones aliadas con los/as adolescentes. Junto a estas organizaciones se recomiendan acciones dirigidas a:

- Desestigmatizar el embarazo en la adolescencia, ampliando la discusión sobre la adolescencia y la sexualidad y su vínculo con el embarazo. Aproximar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a estas discusiones, ofreciendo una plataforma de acción en la vida real de los/as adolescentes.
- Revisar el marco legal normativo sobre el ser adolescente en Bolivia y sus implicaciones. Hay diferencias en las conceptualizaciones y edades en el Código Niña, Niño, Adolescente, en las normas del Ministerio de Salud y Deportes y en la reciente Ley de Juventudes. Categorías que también contrastan con las construcciones culturales de la adolescencia. La falta de políticas claras al respecto no permite abordajes efectivos hacia la adolescencia, sobre todo cuando la adolescente se encuentra embarazada y asume otra categoría, la de “madre”.

- Orientar y fortalecer estrategias encaminadas al sector educativo. Es fundamental la incorporación del enfoque integral de la sexualidad en el currículo educativo.
- Continuar fortaleciendo los servicios de salud como instancias de prevención, promoción y educación en salud, en un marco de de-construcción de valores sobre la sexualidad y la adolescencia. Hay normas, se cuenta con protocolos, pero es necesario invertir en estrategias de cambio de comportamiento desde la institucionalidad.
- En el ámbito de las redes sociales, desarrollar estrategias de abogacía y generación de proyectos de prevención y apoyo a los/as adolescentes. Promover iniciativas intergeneracionales, por ejemplo, la articulación entre las juntas de vecinos con el CAJPEA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aliaga, S. *et al.*

2011 *Situaciones Evitables: Embarazos No Deseados y Abortos Inseguros en Cinco Ciudades de Bolivia*. La Paz: Marie Stopes/CIDEM/OMS.

Bruce, J.

1989 *Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework*. New York: The Population Council.

Calle, G.

2014 “Hay más madres solteras en Santa Cruz y Cochabamba”. En: *La Razón*. Sección Sociedad. La Paz, 16 de junio.

Candela, G.

2013 “La Paz pierde población y El Alto la supera: Santa Cruz crece más”. En: *La Razón*. Sección Sociedad. La Paz, 7 de agosto.

Castro, M.D. *et al.*

2010 *Informe final: diagnóstico cualitativo sobre SSR Y VIH/SIDA en tres comunidades indígenas de Bolivia*. La Paz: OPS.

CEBIAE/OIT

2012 *Trabajo en niños, niñas y adolescentes en la ciudad de El Alto*. La Paz: CEBIAE/OIT.

CDD

2011 *Encuesta Nacional de Opinión sobre: Derechos sexuales, Derechos Reproductivos y Aborto 2010-2011*. La Paz: Católicas por el Derecho a Decidir.

CEPAL

2010 *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Santiago de Chile: CEPAL.

CEPAL/UNICEF

2007 “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe”. En: *Desafíos*. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 4, enero. Naciones Unidas.

Defensoría de la Niñez y Adolescencia-El Alto

2013 *Informe presentado en la semana por la salud del Adolescente Alteño*.

ENDA

2011 *Estudio con niños y adolescentes en situación de calle*. El Alto.

FCI

2008 *Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente: Marco conceptual – documento de trabajo*. Octubre 27. Formato digital.

GAM El Alto

2012 *Encuesta Unidad de la Juventud El Alto*.

Hammersley, M. y Atkinson, P.

2001 *Etnografía. Métodos de Investigación*, 2da edición revisada y ampliada. Barcelona y Buenos Aires: PAIDOS

INE

2013 *Censo Nacional de Población y Vivienda 2012*. La Paz.

2009 *Encuesta Continua de Hogares 2005-2008*. La Paz.

2001 *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*. La Paz.

INE/Ministerio de Salud y Deportes

2008 *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008*. La Paz.

2003 *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*. La Paz.

Jain, A.K.

1992 “Definition and Impact of Quality”. In: Jain A. K (Ed) *Managing quality of care in population programs*. Kumarian Press, West Hartford.

Jaramillo, I.C.

2013 *Embarazo Adolescente Entre la Política y los Derechos*. Bogotá: UNIANDES

Langer, A.

1995 “La calidad de la atención a la salud reproductiva, un desafío para los servicios de salud”. En: *Calidad de Atención, Aportes*. México: Population Council.

Machicao, X. et al.

2011 *Derechos sexuales derechos reproductivos una vida libre de violencia contra las mujeres de los derechos, los más humanos de todos*. La Paz: Solidaridad Internacional.

Méndez, A. y Pérez, R.

2007 *Organizaciones juveniles en El Alto. Reconstrucción de identidades colectivas*. La Paz: PIEB.

Ministerio de Autonomías/UNFPA

2013 *La prevención del embarazo en la adolescencia desde nuestras autonomías*. La Paz: UNFPA.

Ministerio de Salud y Deportes

2013 *Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes*. La Paz: Presencia SRL.

2010a *Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009-2013*. La Paz: Prisa.

2010b *Estudio de embarazo en adolescentes en cuatro hospitales materno infantiles de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz*. La Paz: Presencia.

2010c *Recolección, Procesamiento, Uso y Análisis de la Información del Sistema Informático Perinatal SNIS-SIP*. La Paz: MSD.

Muuss, R.E.

2003 *Teorías de la Adolescencia*. México: Paidós Studio.

Olavaria, J, A. Donoso y Valdés, T.

2006 *Estudio de la situación de la maternidad y de la paternidad en el sistema educativo chileno, Informe Final*. Santiago de Chile: FLACSO-MINEDUC.

OMS

2014 *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anti-concepción: orientación y recomendaciones*. WHO/RHR/14.03. Ginebra.

OPS

2010 *Salud Sexual y Reproductiva y VIH entre jóvenes y adolescentes indígenas de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*.

ORAS-CONHU

2009 *Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Región Andina*. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipolito Unanue.

Quintero, A.

2008 *“Algunas Ideas en Torno al Embarazo Adolescente”*: Un Ejercicio Biopolítico. Tesis para optar al título de Magister en Derecho. Bogotá: UNIANDES.

REPROLATINA

- 2010 *Diagnóstico, implementación y evaluación de una Guía para certificar en atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes con foco en la calidad de atención y en los derechos sexuales y reproductivos.*
- 2004 Módulo de Capacitación 2 y 6. Revisando Conceptos de Salud. La Calidad de la Atención.
- 2001a “Una estrategia Participativa para Mejorar la Calidad de Atención para Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva”. Boletín Informativo N° 3. Campinas, Brasil
- 2001b “Grupos de Apoyo para Adolescentes Embarazadas” Boletín Informativo N° 7. Campinas, Brasil

Salinas, S.

- 2010 *Surcando Caminos, Develando Realidades, Esbozando Desafíos: relevamiento de información sobre salud General y SSR de adolescentes y jóvenes indígenas en Bolivia.* La Paz: FCI BOLIVIA/OPS.

Salinas, S. y Castro MD.

- 2011 *Diagnóstico sobre el Estado Actual de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en Bolivia.* La Paz: Embajada de Suecia.

SERES

- 2013 *Encuesta de Salud Adolescente en la Red de Salud Los Andes.* El Alto: SERES
- 2012 *Informe Anual.* El Alto: SERES.

Strauss, A. y Corbin J.

- 2002 *Bases de la Investigación Cualitativa.* Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Taylor, S. y Bodgan, R.

- 1990 *Introducción a los Métodos Cualitativos de la Investigación.* Argentina: Paidós.

Trujillo, E.

- 2013 *Embarazo en Adolescentes Gestión 2012 y Primer Semestre 2013, El Alto.* Presentación Power Point.

Van Driel, B.

- 2006 *Educación Intercultural Bilingüe y Educación para la Democracia en El Alto, Bolivia.* La Paz: Red Habitat/AIPUR. Universidad Utrecht, Holanda.

Viceministerio de Igualdad de Oportunidades/UNFPA

- 2009 *Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008.* La Paz: UNFPA.

Ulin et al.

- 2006 *Investigación Aplicada en Salud Pública: Métodos Cualitativos.*

UNFPA

- 2011 *Cartilla para la incidencia política en derechos y salud sexual y reproductiva de las mujeres*. La Paz: UNFPA.
- 2009 *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud*. La Paz: UNFPA.

UNFPA/MSD

- 2013 “Investigación de Embarazo Adolescente en cuatro Hospitales: Hospital de la Mujer, Los Andes, German Urquidi, Percy Boland”. Resumen.

UNFPA/Conexión Fondo de Emancipación

- 2013 *Informe de la Sociedad Civil Sobre los Capítulos II, VI, VII y VIII de la Encuesta Mundial Planteadas por la CEPAL en el Proceso de Cairo +20*.

Normativas

- Código Niño, Niña y Adolescente (1999)
- Constitución Política del Estado (2009)
- Ley de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes (2010)

Planes y Normas

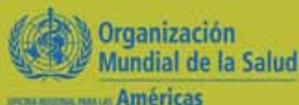
- Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2009-2015)
- Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia (2009-2015)
- Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades “Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien” (2009)
- Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana (2009-2013)
- Norma Nacional de Anticoncepción: Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción (2010)

Embarazo en adolescentes: Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en El Alto, elaborado por María Dolores Castro y María Eugenia López, forma parte de la colección Género e Infancia que el CIDES viene promoviendo para visibilizar las problemáticas que atingen a grupos sociales recurrentemente ausentes de políticas públicas que, en la generalidad de los casos, se enuncian y aplican sin tomar en cuenta las especificidades generacionales. Ese es el caso de las mujeres adolescentes embarazadas, sujetas a una serie de disyuntivas con las que se confrontan precozmente y sin encontrar respuestas institucionales que les garanticen el ejercicio de sus derechos, por ejemplo, en el marco de las prácticas hospitalarias.

Cecilia Salazar, directora de CIDES-UMSA

Esta publicación hace acopio de temas relevantes para la comprensión del embarazo en el medio urbano, ofreciendo información valiosa de estudios realizados en el contexto de la ciudad de El Alto. Revela el entorno de vulnerabilidad que rodea a las adolescentes embarazadas o a quienes ya han dado a luz; relata las dificultades de comunicación sobre temas de sexualidad al interior de las familias, así como la angustia, el miedo y el temor durante los meses que preceden al parto; confirma resultados de numerosos países sobre los factores de riesgo que conducen al embarazo; señala los factores relativos a la mala calidad de los servicios de salud; y resalta los efectos de casos de embarazo como resultado de violencia sexual.

Ana Angarita, representante del UNFPA en Bolivia



Dirección CIDES-UMSA: Av. 14 de Septiembre N° 4913, esq. Calle 3, Obrajes
Tels. (591-2) 2786169 / 2784207 / 2782361 • Fax (591-2) 2786169 • Casilla 9786 • La Paz, Bolivia

cides@cides.edu.bo • www.facebook.com/pages/Cides-Umsa
www.cides.edu.bo