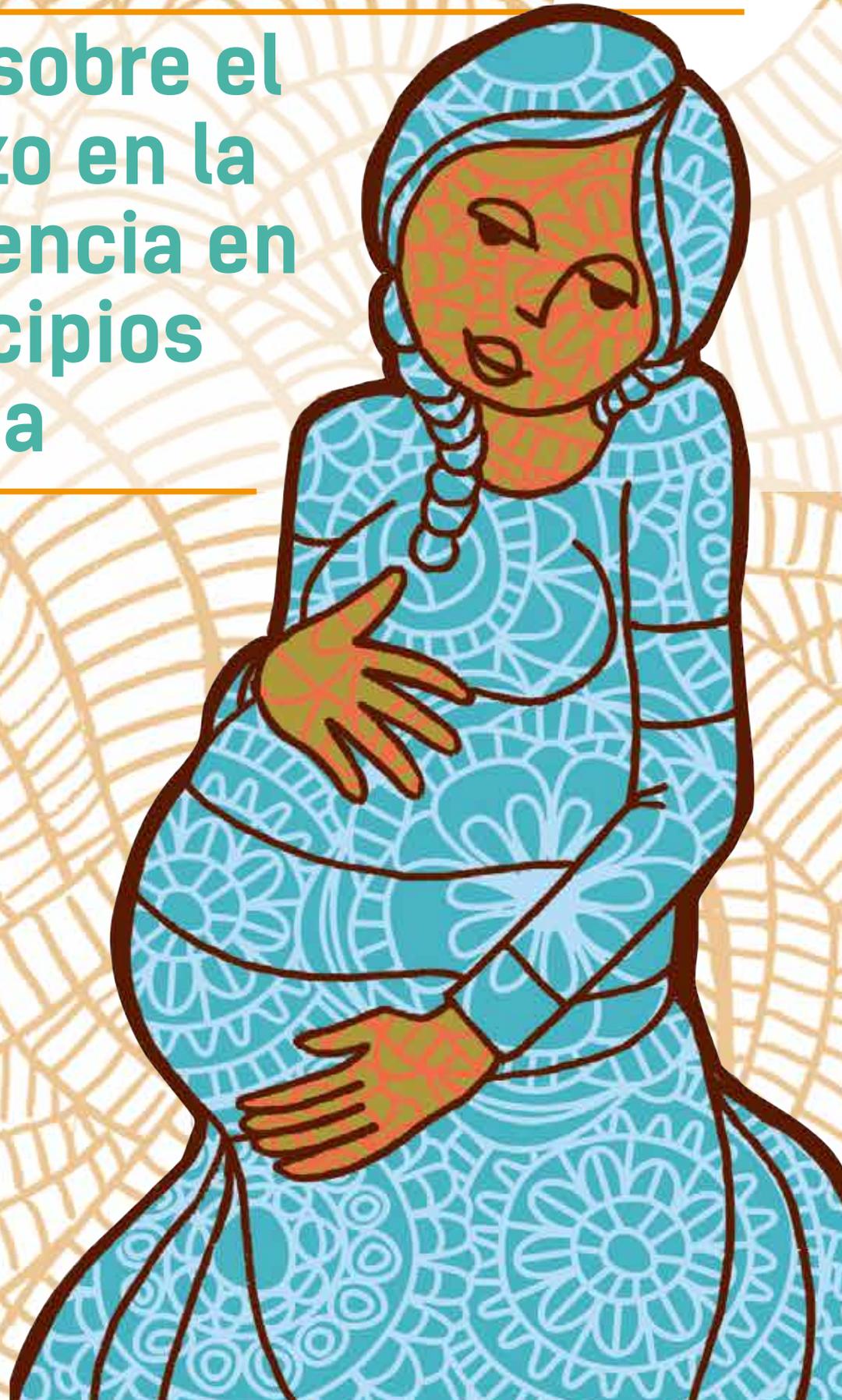

Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia

Informe final



Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia. Informe final.
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. La Paz-Bolivia.—UNFPA, 2016
Pág.: 60
Graf. Dib. Cdrs. Tbls.

Descriptor:

EMBARAZO/ ADOLESCENTES/ JÓVENES/ /SALUD MATERNA/ PARTO/ POSTPARTO/ POLÍTICAS PÚBLICAS/ MORTALIDAD MATERNA/ EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA/ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS/ MORTALIDAD/ NEONATO/ RECIÉN NACIDO/ EDUCACIÓN/ HISTORIA CLÍNICA PERINATAL/ SALUD PÚBLICA/ SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD/ ÁREA URBANA/ ÁREA RURAL/ EMBARAZO/ PARTO/ HOSPITAL/ CENTRO DE SALUD/ DATOS ESTADÍSTICOS/ CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA/ MUNICIPIOS/ PUNATA/ TIQUIPAYA/ LLALLAGUA/ TUPIZA/ UNCIA/ SUCRE/ SAN LUCAS/ SOPACHUY/ TOMINA/ CAMARGO/ LA PAZ/ VIACHA/ SAN ANDRÉS DE MACHACA/ COROICO/ BOLIVIA/

Elaborado por el: Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.

Coordinación y revisión:

Celia Taborga

Revisión técnica equipo UNFPA:

Mónica Yaksic

Alberto Castro

Dirkje Schaaf

Luigi Burgoa

Marisol Murillo

Alejandra Alzerreca

William Michel

Daniela Villarpando

Consultor: CIES INTERNACIONAL

Diseño y diagramación: El monocromático

Impresión: Editora Presencia

Depósito Legal: 4-1-1292-16

ISBN: 978-99974-817-5-7

Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada, siempre que no sea alterada y se asignen los créditos correspondientes.

Prohibida su venta

Esta publicación es de distribución gratuita

La Paz – Bolivia 2016



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia

TABLA DE CONTENIDOS

I.	PRESENTACIÓN	pag 04
II.	METODOLOGÍA	pag 05
III.	EL CONTEXTO DE LOS 14 MUNICIPIOS ESTUDIADOS	pag 07
IV.	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ANALIZADA EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.	pag 12
V.	ASPECTOS GENERALES DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL	pag 14
VI.	FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA	pag 17
VII.	CONOCIMIENTO, ACCESO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	pag 23
VIII.	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	pag 30
IX.	ATENCIÓN EN SALUD A ADOLESCENTES EMBARAZADAS	pag 34
X.	MORTALIDAD	pag 35
XI.	EL/LA RECIÉN NACIDO/A	pag 37
XII.	LA OPINIÓN DE LAS ADOLESCENTES Y SU ENTORNO SOBRE EL EMBARAZO	pag 39
XIII.	IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA VIDA DE LAS ADOLESCENTES	pag 41
XIV.	LO URBANO Y LO RURAL	pag 45
XV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	pag 46
XVI.	ANEXO 1: ASPECTOS ÉTICOS	pag 54
XVII.	ANEXO 2: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA MUESTRA	pag 55
	ÍNDICE DE CUÁDROS	pag 57
	ÍNDICE DE GRÁFICOS	pag 59

I. PRESENTACIÓN

El embarazo en la adolescencia, ha adquirido relevancia para las políticas públicas orientadas al bienestar de la juventud y la adolescencia, debido a que se torna en una situación compleja que involucra tanto a mujeres como a hombres adolescentes, sus familiares y entorno social inmediato.

En Bolivia, la población adolescente de 10 a 19 años de edad, según los resultados oficiales del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012¹, alcanza a poco más del 21 por ciento de la población total y la población femenina adolescente constituye el 49 por ciento. La fecundidad de la población femenina boliviana en general ha descendido notablemente desde los años setenta. La tasa global de fecundidad disminuyó de 6.5 hijos por mujer en el periodo 1970-1975 a 3.5 hijos por mujer en el periodo 2005-2010².

Sin embargo, en las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años no se registró un descenso sino un aumento, el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez ha aumentado en el país, de 14% en 1998 a 18% en 2008, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de esos dos periodos³. Entre 2010 y 2011 el embarazo aumentó hasta alcanzar el 25% en edades comprendidas entre los 12 y 18 años, según datos del Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y Jóvenes 2015-2020. En Bolivia, la contribución de la fecundidad del grupo 15-19 a la fecundidad total aumentó de 7.3 por ciento a 11.2 por ciento entre los periodos 1970-1975 y 2005-2010⁴.

Entre 2010 y 2011 el embarazo aumentó hasta alcanzar el 25% en edades comprendidas entre los 12 y 18 años.

El embarazo en la adolescencia tiene serias consecuencias relacionadas con la salud, la educación y, en general, con el proyecto de vida de los/as adolescentes. El embarazo en la adolescencia trae como consecuencia con mayores riesgos de salud a los que se exponen la madre joven y el/la recién nacido/a. Un estudio comparativo basado en datos de 144 países señala que en Bolivia la mortalidad materna en mujeres de 15 a 19 años es el doble comparada con la mortalidad materna de mujeres de 20 a 24 años⁵. Por otra parte, el embarazo en la adolescencia se relaciona con la deserción escolar ya que la mater-

nidad puede interrumpir la educación de las madres adolescentes por el cuidado que requieren los y las recién nacidos/as. Además, el embarazo en la adolescencia es más frecuente entre las adolescentes con bajo nivel de educación.

Este informe presenta los resultados de la investigación realizada en 14⁶ municipios de los departamentos de Cochabamba, Potosí, Chuquisaca y La Paz, donde UNFPA, de manera consensuada con el Estado, implementa su Programa de País 2013 - 2017.

¹ Instituto Nacional de Estadística, Bolivia: Características de Población y Vivienda, Censo Nacional de Población y Vivienda 2012, Anexo, Cuadro No 1

² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, CD Rom Edition

³ Instituto Nacional de Estadística, Bolivia: Características de Población y Vivienda, Censo Nacional de Población y Vivienda 2012

⁴ Soliz Sánchez, Augusto Salvador, Crecimiento y distribución espacial de la población de Bolivia, La Paz, Abril, 2014, p. 130

⁵ Andrea Nove, Zoë Matthews, Sarah Neal, Alma Virginia Camacho, Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries, Lancet Glob Health 2014, Published Online.

⁶ En los municipios de Viacha, Coroico, La Paz, San Andrés de Machaca, Punata, Tiquipaya, Sucre, San Lucas, Sopachuy, Tomina, Camargo, Tupiza, Llallagua y Uncía.

II. METODOLOGÍA

La metodología del estudio para la recolección de información fue cualitativa y cuantitativa, se combinaron ambas metodologías para contar con información sobre la prevalencia del embarazo en la adolescencia, pero también para tener un análisis cualitativo de las causas, consecuencias y percepciones de las y los adolescentes, sus familias y comunidades respecto al embarazo antes de los 19 años. La investigación cualitativa es asimismo útil cuando se estudia

un tema muy delicado, como es el caso presente, en el cual es muy difícil relevar información del modo tradicional. La investigación cuantitativa que se define en este caso se basa en la sistematización de registros administrativos e información secundaria. Posteriormente, los datos recolectados se triangulan para obtener una mejor explicación del fenómeno a investigar.

a. Metodología cualitativa

La investigación cualitativa sobre causas, características y consecuencias del embarazo en la adolescencia, en 14 municipios, busca comprender el punto de vista de los/as actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular.

Los y las informantes clave del estudio son las madres y padres adolescentes, las adolescentes embarazadas, miembros del entorno familiar y grupos de pares. La muestra lograda para los 14 municipios de este informe se presenta en el siguiente cuadro.

C. 1 MUESTRA CUALITATIVA EFECTIVA

		ENTREVISTAS				MINI GRUPO FOCAL
Departamentos	Municipios	Adolescentes embarazadas y madres adolescentes		Entorno familiar de madres adolescentes	Padres adolescentes	Adolescentes 5to y 6to de secundaria
		EE	EP	EP	EP	
Cochabamba	Punata	1	3	1	1	1
Cochabamba	Tiquipaya	1	6	2	1	1
Potosí	Llallagua	1	4	2	1	1
Potosí	Tupiza	1	4	2	1	1
Potosí	Uncía	1	2	1	1	1
Chuquisaca	Sucre	1	4	2	2	2
Chuquisaca	San Lucas	1	3	1	1	1
Chuquisaca	Sopachuy	1	2	2	1	1
Chuquisaca	Tomina	1	2	1	1	1
Chuquisaca	Camargo	1	2	1	1	1
La Paz	La Paz	1	4	2	1	2
La Paz	Viacha	1	4	2	1	2
La Paz	San Andrés de Machaca	-	2	2	-	1
La Paz	Coroico	1	2	1	1	2
TOTAL		13	44	23	14	18

EE = Entrevista Etnográfica

EP = Entrevista en Profundidad

b. Metodología cuantitativa

La fase cuantitativa de esta investigación se caracterizó por la recolección de los datos existentes de embarazos en la adolescencia, directamente del formulario de la Historia Clínica Perinatal (HCP) de los establecimientos de salud pública en cada uno de los 14 municipios. La información fue registrada en planillas de datos que fueron diseñadas para tal fin, y posteriormente la información fue tabulada, procesada y analizada en gabinete, para luego ser contrastada con la información proveniente del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

La HCP es un instrumento que contiene múltiples variables, de las cuales se seleccionaron aquellas que permitieron hacer una caracterización del embarazo en adolescentes en cada municipio del estudio. Para tener la información de un año completo, se estableció el año 2013 (enero a diciembre), como periodo del estudio cuantitativo⁷.

Para relevar información de los 14 municipios, se obtuvo una muestra representativa de los establecimientos de salud, estratificados por nivel: primer, segundo y tercer nivel.

En lo que corresponde a los establecimientos de salud de primer nivel, se consideró una muestra proporcional de alrededor de un quinto del total de establecimientos existentes en los 14 municipios. Para establecer la distribución de la muestra, se tomó como criterios: **1) La distribución proporcional de los establecimientos de salud en áreas urbana y rural; 2) El número y proporción de establecimientos de salud en cada departamento donde se encuentran los municipios del estudio; 3) La cantidad de establecimientos de primer y segundo nivel en cada estrato (urbano o rural); 4) El número de embarazos en adolescentes registrados en el SNIS⁸ en el año 2013.**

Tomando en cuenta lo descrito, en el área rural se incluyó en la muestra a todos los establecimientos de salud que constituyen centros de referencia y están situados en las cabeceras de cada uno de los 14 municipios. Adicionalmente se asignó a cada departamento, mediante un muestreo por cuotas, un número de establecimientos de primer nivel para los municipios rurales. La tabla que sigue es un resumen de los establecimientos de salud que son parte de la muestra, por nivel de atención y el número de HCP obtenidas en cada uno de ellos.⁹

C. 2 RESUMEN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA MUESTRA DE LOS 14 MUNICIPIOS, SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

	NÚMERO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚM. DE HISTORIAS CLÍNICAS PERINATALES	%
TOTALES	49	Establecimientos de Primer Nivel	1.292	32,6 %
	13	Establecimientos de Segundo Nivel	2.081	52,4 %
	2	Establecimientos de Tercer Nivel	593	15,0 %
	64	Total General	3.966	100,0 %

Respecto al número de HCP, en cada establecimiento de salud de primer y segundo nivel, se recolectó información de todas las HCP, excepto cuando el número total de embarazos o partos de adolescentes era superior a 300, en esos casos se obtuvo una

muestra de las HCP, seleccionando aleatoriamente 24 HCP de cada mes del año 2013. Este procedimiento se siguió en tres establecimientos de salud: los hospitales Gineco - Obstétrico y San Pedro Claver de Sucre y el Hospital de la Mujer de La Paz.

⁷ Razón por la que se hace referencia al SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), y no así al Sistema integral de salud (SIS) enmarcado en la Ley 475

⁸ SNIS es el Servicio Nacional de Información en Salud, dependiente del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es a través de un conjunto de instrumentos y procedimientos, captar, sistematizar, consolidar, retroalimentar y analizar datos e información para la toma de decisiones gerenciales y epidemiológicas destinadas a la vigilancia de la salud pública.

⁹ En el anexo 2 se puede revisar la lista completa de los establecimientos de salud que forman parte de la muestra.

III. EL CONTEXTO DE LOS 14 MUNICIPIOS ESTUDIADOS

Para conocer mejor las características demográficas de los y las adolescentes en los diferentes municipios, se realizó una investigación en base de los datos del Censo de Población y Vivienda del 2012.

a. Estructura por edad de la población

La estructura por edad de la población se examina utilizando la distribución de la población por grandes grupos de edades. La población adolescente, de acuerdo con el marco de referencia del estudio, com-

prende a las personas con edades entre 10 y 19 años. La información básica proviene del Censo 2012 de las bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

C. 3 ESTRUCTURA POR EDAD DE LA POBLACIÓN 2012, SEGÚN MUNICIPIOS (PORCENTAJES)

MUNICIPIO	GRUPO DE EDADES				POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS
	Total	0 -14	15 - 64	65 +	
Punata	100	28.8	61.2	10.0	20.9
Tiquipaya	100	32.0	62.8	5.2	21.4
Llallagua	100	35.7	58.9	5.4	22.9
Uncía	100	35.1	57.1	7.8	22.8
Tupiza	100	31.9	59.3	8.8	21.5
Sucre	100	30.1	63.7	6.2	21.2
San Lucas	100	40.7	49.8	9.5	23.0
Sopachuy	100	36.3	54.6	9.1	22.0
Tomina	100	35.4	56.3	8.3	22.8
Camargo	100	34.4	56.9	8.7	22.4
La Paz	100	24.3	68.0	7.7	17.2
Viacha	100	30.6	62.4	7.0	19.8
San Andrés de Machaca	100	24.5	58.3	17.2	16.8
Coroico	100	28.9	63.5	7.6	19.2

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 (INE)

La estructura de la población por grandes grupos de edades presenta, en todos los municipios, un significativo porcentaje de personas menores de 15 años. En San Andrés de Machaca los menores de 15 años alcanzan a casi 25 por ciento de la población total y en San Lucas a poco más del 40 por ciento.

El porcentaje de personas mayores de 65 años, en general, alcanza valores menores al 10 por ciento. Cabe señalar, sin embargo, que en San Andrés de

Machaca el porcentaje de mayores de 65 años alcanza a 17 por ciento. La mayor parte de la población se encuentra en edades económicamente activas, es decir, entre los 15 y los 64 años de edad. En San Lucas la población en edades activas alcanza a casi 50 por ciento y en La Paz al 68 por ciento.

La población adolescente, es decir, la población con edades entre 10 y 19 años, en todos los municipios constituye alrededor del 20 por ciento de la población total.

b. Estado civil y situación conyugal

Los datos básicos sobre el estado civil o la situación conyugal corresponden a la población de 15 y más años de edad. Por consiguiente, para el caso de la población adolescente los datos corresponden solamente al grupo de edad 15-19. Se considera pobla-

ción soltera a la que nunca se casó ni vive en unión consensual; para fines de este resumen, la población no soltera comprende a las personas casadas, convivientes, divorciadas, separadas o viudas.

C. 4 POBLACIÓN DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD POR SEXO ESTADO CIVIL, SEGUN MUNICIPIOS, 2012 (PORCENTAJES)

Municipios	POBLACIÓN 15 A 19 AÑOS		HOMBRES		MUJERES	
	Pob. soltera	Pob. no soltera	Pob. soltera	Pob. no soltera	Pob. soltera	Pob. no soltera
Punata	95.1	4.9	95.1	4.9	93.4	6.6
Tiquipaya	92.1	7.9	95.9	4.1	88.8	11.2
Llallagua	92.9	7.1	94.9	5.1	91.3	8.7
Tupiza	91.1	8.9	94.3	5.7	87.4	12.6
Uncía	94.2	5.8	97.2	2.8	90.7	9.3
Sucre	94.5	5.5	96.6	3.4	92.4	7.6
San Lucas	92.3	7.7	94.8	5.2	89.7	10.3
Sopachuy	92.9	7.1	96.7	3.3	88.5	11.5
Tomina	90.6	9.4	96.6	3.4	84.3	15.7
Camargo	92.1	7.9	96.1	3.9	88.1	11.9
La Paz	95.9	4.1	97.8	2.2	94.2	5.8
Viacha	92.2	7.8	94.9	5.1	89.3	10.7
San Andrés de Machaca	92.8	7.2	93.6	6.4	92.0	8.0
Coroico	91.7	8.3	95.7	4.3	87.7	12.3

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda (INE, 2012)



La distribución de la población de 15 a 19 años por estado civil muestra que, en todos los municipios, la gran mayoría corresponde al estado civil de soltero/a. En todos los casos, los porcentajes de personas solteras se encuentran por encima del 90 por ciento. Por otra parte, el cuadro muestra visibles diferencias entre hombres y mujeres. Los porcentajes de hombres solteros son mayores que los porcentajes de mujeres solteras en los 14 municipios.

La unión de parejas adolescentes en concubinato es frecuente en municipios como Viacha, Coroico, Tiquipaya y Tupiza, situación que sucede incluso antes del embarazo y con el consentimiento de las familias. El concubinato es más frecuente en aquellas parejas en las que el hombre tiene más de 19 años.

C. 5 SITUACIÓN CONYUGAL DE LAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS

MUNICIPIOS	CONCUBINATO	SOLTERA	CASADA
Punata	--	4	--
Tiquipaya	3	4	--
Llallagua	1	4	--
Uncía	1	2	--
Tupiza	3	2	--
Sucre	--	4	1
San Lucas	--	4	--
Sopachuy	--	3	--
Tomina	--	3	--
Camargo	1	2	--
La Paz	1	4	--
Viacha	3	--	2
San Andrés de Machaca	--	2	--
Coroico	2	1	--
TOTAL	15	39	3

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a adolescentes embarazadas y madres adolescentes

En la mayoría de los casos de embarazo en la adolescencia, las adolescentes asumen solas la maternidad, sin el apoyo de la pareja, pero casi siempre con el apoyo de su familia. Cuando el padre niega su responsabilidad, las familias tratan de evitar exigir la manutención legal, asumiendo ellos toda la responsabilidad de la crianza del/la bebé. En pocos casos, las

familias de las adolescentes embarazadas acuden a instancias legales para solicitar el apoyo económico para la manutención del/la bebé, sin embargo, solo un caso desarrollado en el municipio de Llallagua llegó a su culminación y el padre adolescente está obligado a pagar un monto económico cada mes.

c. Características de educación de la población adolescente

Las características de educación de la población adolescente corresponden a la condición de alfabetismo, la asistencia escolar y el nivel de instrucción. La condición de alfabetismo se refiere a la aptitud para leer y escribir, la asistencia escolar a la pobla-

ción que asiste a establecimientos de enseñanza y el nivel de instrucción al último grado aprobado en el sistema regular de educación. Los datos básicos corresponden a la población total de 10 a 19 años de edad.

C. 6 POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD POR CONDICIÓN DE ALFABETISMO, ASISTENCIA ESCOLAR Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, SEGUN MUNICIPIOS, 2012 (PORCENTAJES)

Municipios	POBLACIÓN QUE SABE LEER Y ESCRIBIR			POBLACIÓN QUE ASISTE A ESTABLECIMIENTOS DE ENSEÑANZA			POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
	Total	10 - 14	15 - 19	Total	10 - 14	15 - 19	Ninguno	Iria.	2ria.	Superior
Punata	97.9	98.1	97.7	85.0	96.7	73.4	2.7	34.2	58.7	4.4
Tiquipaya	98.1	97.9	98.3	83.0	96.4	69.5	2.3	37.0	57.1	3.6
Llallagua	96.1	96.8	95.4	84.8	96.2	72.9	4.4	36.3	55.7	3.6
Tupiza	97.2	97.1	97.2	84.5	95.8	71.8	3.5	38.4	56.4	1.7
Uncía	94.6	95.3	94.0	83.9	95.1	73.1	5.8	36.5	56.4	1.3
Sucre	97.8	97.7	97.8	82.8	96.4	70.8	2.8	34.6	57.4	5.2
San Lucas	96.5	97.4	95.2	76.4	90.6	56.1	4.5	54.8	40.3	0.4
Sopachuy	95.2	96.4	93.5	74.8	88.6	56.0	5.1	53.9	40.3	0.7
Tomina	96.5	97.3	95.6	71.5	86.6	53.0	4.4	52.2	42.5	0.9
Camargo	97.4	97.2	97.7	74.9	86.4	60.1	2.8	52.7	43.8	0.7
La Paz	98.7	98.7	98.6	85.7	98.0	74.4	2.0	29.3	64.7	4.0
Viacha	98.2	98.0	98.5	85.8	97.2	73.6	2.4	34.9	60.3	2.4
San Andrés de Machaca	95.9	96.5	95.3	86.8	95.3	77.2	6.3	37.5	55.4	0.8
Coroico	98.6	98.7	98.5	84.2	95.5	71.7	3.6	36.4	58.2	1.8

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda (INE, 2012)

Como muestra el cuadro, los porcentajes de alfabetismo de la población adolescente, en general, se encuentran por encima del 95 por ciento.

Los porcentajes de la población adolescente que asiste a establecimientos de educación regular se encuentran por encima del 80 por ciento, con excepción de los municipios con población íntegramente rural. En estos municipios los porcentajes de asistencia escolar se encuentran entre 71 y 76 por ciento. Como demuestra el análisis por municipios, las diferencias entre hombres y mujeres son menores.



Con respecto a la asistencia escolar por grupo de edades, cabe señalar que en todos los municipios existen diferencias visibles entre la población de 10 a 14 años y la de 15 a 19 años. En promedio, cerca del 95 por ciento de los y las adolescentes de 10 a 14 años de edad asiste a establecimientos de enseñanza; en cambio, el promedio de la asistencia escolar de los y las adolescentes de 15 a 19 años alcanza a 68 por ciento. Las diferencias entre hombres y mujeres adolescentes en cuanto a la asistencia escolar no son estadísticamente significativas, y por esta razón no se ha incluido en el cuadro.

Con relación al nivel de instrucción, se puede señalar que en los ocho municipios con población urbana más de la mitad de la población adolescente tiene educación secundaria (58 por ciento). En los municipios con población íntegramente rural la mayor parte de la población adolescente tiene educación primaria (54 por ciento). La población adolescente sin ninguna instrucción alcanza a porcentajes menores del 5 por ciento en todos los casos y la población adolescente con nivel de instrucción superior muestra porcentajes similares.

El promedio de la asistencia escolar de los y las adolescentes de 15 a 19 años alcanza a 68 por ciento.

d. Atención de salud materna: lugar de ocurrencia del último parto

Los datos básicos sobre la salud materna se refieren al lugar donde ocurrió el último parto. Los datos básicos corresponden a la población femenina de 15 y más años de edad. Por consiguiente, para el caso de

la población adolescente femenina los datos corresponden solamente a las madres adolescentes del grupo de edad 15-19.

Municipios	LUGAR DE OCURRENCIA DEL ÚLTIMO PARTO			
	Total	Establecimiento de salud	Domicilio	Otro lugar
Punata	100.0	95.6	3.5	0.9
Tiquipaya	100.0	84.2	14.5	1.3
Llallagua	100.0	81.0	17.7	1.3
Tupiza	100.0	67.3	31.8	0.9
Uncía	100.0	76.4	22.1	1.4
Sucre	100.0	90.4	8.1	1.6
San Lucas	100.0	64.2	33.8	2.0
Sopachuy	100.0	68.3	31.7	0.0
Tomina	100.0	86.3	11.0	2.7
Camargo	100.0	83.2	12.9	4.0
La Paz	100.0	93.9	4.9	1.2
Viacha	100.0	74.1	24.7	1.2
San Andrés de Machaca	100.0	17.6	82.4	0.0
Coroico	100.0	80.5	17.7	1.8

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda (INE, 2012)

Como muestra el cuadro, la mayor parte de los partos de las madres adolescentes ocurrió en un establecimiento de salud. En promedio, el 75 por ciento de los partos de los 14 municipios ocurrieron en establecimientos de salud. Sin embargo, cabe señalar que los porcentajes más bajos corresponden a los municipios con población íntegramente rural. Este es

el caso de San Andrés de Machaca donde los partos que ocurrieron en un establecimiento de salud alcanzan a cerca del 18 por ciento y los partos en domicilio alcanzan a más del 80 por ciento, siendo que el parto domiciliario incrementa el riesgo de complicaciones e incluso muerte materna.

La mayor parte de los partos de las madres adolescentes ocurrió en un establecimiento de salud. En promedio, el 75 por ciento de los partos de los 14 municipios ocurrieron en establecimientos de salud.

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ANALIZADA EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

La información que se presenta a continuación se obtuvo de las Historias Clínicas Perinatales (HCP) de 3.966 adolescentes que estaban embarazadas o habían tenido un parto en el año 2013. Siguiendo un procedimiento muestral, los datos fueron recolectados de 65 establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, en cada uno de los 14 municipios del estudio.

El promedio de edad de las adolescentes embarazadas o que tuvieron un parto en el año 2013 fue de 17,4 años. La adolescente de menor edad corresponde a los registros de Tupiza. Menos de 3 por ciento de las adolescentes tenían menos de 15 años.

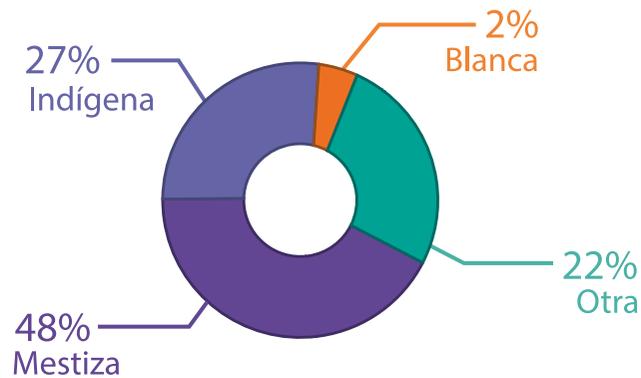
C. 8 EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS O QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013	
EDAD EN AÑOS (N = 3.966)	
Media	17,4
Máximo	20
Mínimo	12

Fuente: Historia Clínica Perinatal

El promedio de edad de las adolescentes embarazadas o que tuvieron un parto en el año 2013 fue de 17,4 años.



G. 1 AUTOIDENTIFICACIÓN CULTURAL DE LAS ADOLESCENTES (N= 2.787)

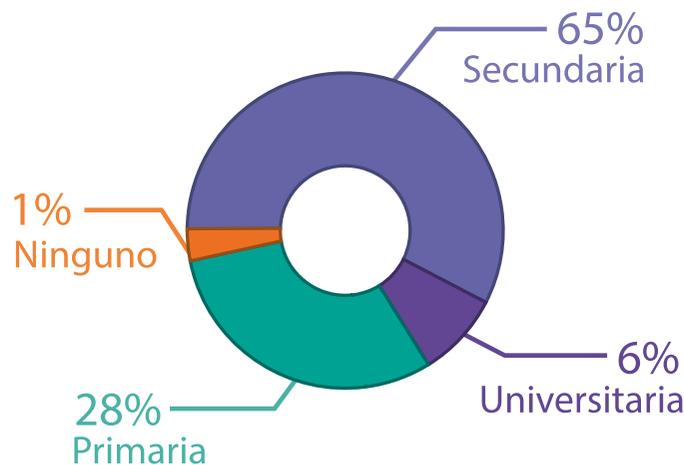


Fuente: Historia Clínica Perinatal

En la Historia Clínica Perinatal, casi la mitad de las adolescentes se autoidentifica como mestiza, seguida de indígena y "otra"¹⁰. En algunos municipios como Coroico, no hubo registros de "mestiza", y la mayoría se identificó como "indígena", en cambio en

Sucre y La Paz, la mayoría se identifica como "mestiza". Pero la autoidentificación como indígena no tiene relación directa con la ruralidad del pueblo, así por ejemplo en Sopachuy, la mayoría se identificó como "mestiza".

G. 2 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 3.677)



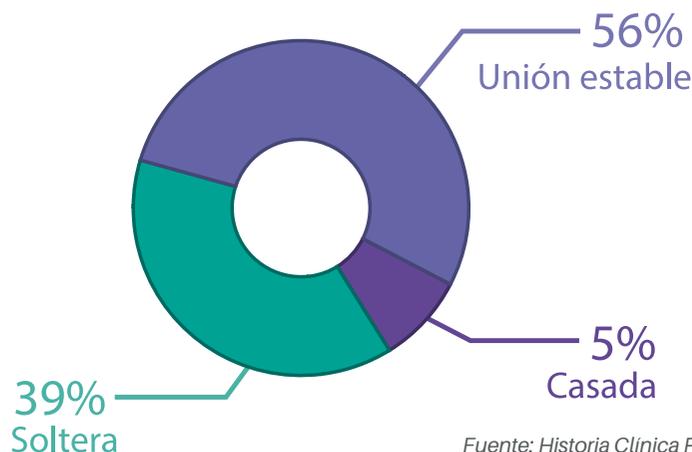
Fuente: Historia Clínica Perinatal

La mayor parte de las adolescentes alcanzó estudios de nivel secundario. Menos del 1 por ciento de las adolescentes que tuvieron un embarazo tenía 13 años o menos, por lo que el porcentaje de adolescentes que permanece en primaria debería ser menor, lo que hace suponer que existe un rezago/atraso respecto al nivel que les correspondería cursar por

su edad o que abandonaron los estudios. La contribución de algunos municipios más rurales como Sopachuy y Camargo incrementa el número de adolescentes en primaria. La proporción de adolescentes sin estudios es baja y hay pocas con nivel universitario. Este último también se explica por el límite de edad de 19 años.

¹⁰ Categoría que se registra cuando la persona no se identifica con ninguna de las categorías preestablecidas

G. 3

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 3.363)


Fuente: Historia Clínica Perinatal

La mayoría de las adolescentes se encontraba en unión estable durante su embarazo. 39 de cada 100 adolescentes estaba soltera al momento del embarazo o parto. No existen diferencias importantes entre municipios respecto a la distribución del estado civil, excepto que en Tupiza, donde los porcentajes son

similares (un tercio en unión estable y similar proporción solteras). El porcentaje de adolescentes casadas se sitúa en menos de 5 por ciento en casi todos los municipios, excepto en Llallagua que alcanza a 8,5 por ciento.

39 de cada 100 adolescentes estaba soltera al momento del embarazo o parto.

V. ASPECTOS GENERALES DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

a. Disponibilidad y uso de la Historia Clínica Perinatal (HCP)

En prácticamente todos los establecimientos de salud en los 14 municipios estudiados, se utiliza la historia clínica perinatal (HCP), además de otros instrumentos que se hallan en la historia clínica de las embarazadas. En 2 establecimientos de los municipios de Sopachuy y San Andrés de Machaca, se encontraron embarazos en adolescentes registrados en los cuadernos de consulta y de partos, que no tenían su correspondiente historia HCP. Solo un hospital de la muestra contaba con un sistema informatizado para el análisis de los datos de la HCP. En los otros establecimientos de salud visitados, en el último año no se había realizado ningún análisis de los datos de la HCP.



b. Comparación de registros obtenidos en el estudio y el SNIS

Una parte importante del componente cuantitativo fue obtener comparaciones entre los datos de la primera fuente, obtenidos a través de las HCP de una muestra de los establecimientos de salud en el municipio, y compararlos con los reportados de ese nivel con los reportados del nivel nacional. En ese sentido, en este

apartado, se compara la magnitud de los datos obtenidos, correspondientes a las HCP, con los reportados en las páginas oficiales del SNIS, el cual representaría la totalidad de los embarazos en la adolescencia reportados de los municipios, tomando en cuenta todos los establecimientos de salud del municipio.

C. 9

COMPARACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS REGISTRADOS EN EL SNIS DE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MUNICIPIO Y EL REGISTRO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES OBTENIDO EN EL ESTUDIO A TRAVÉS DE UNA MUESTRA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

DEPARTAMENTOS	MUNICIPIOS	Número de embarazos en adolescentes registrados en SNIS (2013)	Número de embarazos en adolescentes obtenido en el estudio	Diferencia absoluta entre el SNIS y el estudio
CHUQUISACA	Sucre	960	1.066	-106
	Tomina	22	55	-33
	Sopachuy	19	34	-15
	Camargo	139	97	42
	San Lucas	19	79	-60
LA PAZ	La Paz	2.277	1.151	1.126
	Viacha	238	287	-49
	Coroico	110	143	-33
	San Andrés de Machaca	9	17	-8
COCHABAMBA	Punata	90	236	-146
	Tiquipaya*	1.306	297	1.009
POTOSÍ	Llallagua*	762	164	598
	Uncía	44	88	-44
	Tupiza	231	252	-21

* Tiquipaya: En terreno se confirmó mal reporte de información. Se reportaron todos los controles prenatales de las mujeres embarazadas menores de 20 años.

* Llallagua: Confirma el dato del SNIS.

Fuente: Historia Clínica Perinatal

Debe tomarse en cuenta que los registros obtenidos en el estudio a través de las HCP no corresponden a todos los registros existentes de todos los establecimientos de salud de los municipios de estudio; aun así, en la mayoría de los municipios se obtuvo más registros que los reportados por el SNIS, en el cual se registraría la totalidad de los embarazos en la adolescencia de todos los establecimientos de salud de los municipios, poniendo en evidencia el sub-registro del embarazo en la adolescencia. En el municipio de La Paz, la muestra alcanzó a casi 50 por ciento de lo

reportado en el SNIS, en tanto que en Sucre se obtuvo más registros de la muestra que del SNIS.

En el cuadro precedente se puede ver que en 10 de 14 municipios del estudio, el número de registros fue mayor al SNIS. Para documentar la diferencia se calculó la diferencia absoluta entre ambos reportes. Entre los 4 municipios que tienen un reporte del SNIS más alto que del estudio, se encuentra Tiquipaya donde se verificó un error en el reporte.

En la mayoría de los municipios se obtuvo más registros que los reportados por el SNIS, en el cual se registraría la totalidad de los embarazos en la adolescencia de todos los establecimientos de salud de los municipios, poniendo en evidencia el sub-registro del embarazo en la adolescencia.

c. Calidad de llenado de la HCP

Uno de los factores que se utiliza para medir la calidad de llenado de la HCP, es el registro completo de los datos que la componen (otros factores, como la veracidad y la consistencia, no fueron evaluados en este estudio). La HCP es un instrumento que permite hacer el seguimiento individualizado de cada mujer embarazada, al ser individual, en las referencias hechas desde el primer nivel de atención, se adjunta la HCP con los datos llenados en ese primer nivel, en caso que el parto sea atendido en otro establecimien-

to, es en este último donde se debe completar los datos correspondientes con la atención que se hizo.

La tabla siguiente muestra el mayor porcentaje de omisión para una o más variables del total que integran cada sección de la HCP. Para calificar el nivel de omisión se han creado tres categorías: Alto (más de 20 por ciento); Medio (de 10 a 20 por ciento); Bajo (menos de 10 por ciento).

C. 10 NIVEL DE OMISIÓN DE LLENADO DE DATOS EN VARIABLES SELECCIONADAS DE LA HCP, POR CONJUNTO DE VARIABLES		
SECCIÓN	PORCENTAJE DE HCP SIN DATOS	NIVEL DE OMISIÓN
Características generales	77,6	Alto
Antecedentes obstétricos	11,4	Medio
Planificación del embarazo y uso de método anticonceptivo	20,5	Alto
Embarazo actual	21,9	Alto
Recién nacido	6,5	Bajo

Fuente: Historia Clínica Perinatal

Como se puede ver en la tabla anterior, la omisión de datos es alta en la sección características generales de la HCP, en esta sección se encuentra información sobre la edad, estado civil, nivel de instrucción, violencia, entre otras. Embarazo actual (gestación actual), es otra sección con alta omisión, en ella se incluyen las consultas prenatales con la información clínica relevante de cada consulta, los exámenes de laboratorio realizados y sus resultados, datos de ecografía y varios otros. La ausencia de esta información

afecta la calidad de atención porque el personal de salud no conoce la historia clínica del embarazo en curso, especialmente si la embarazada es referida o cambia de proveedor. La sección de si el embarazo fue planificado y acerca del uso de métodos anticonceptivos tiene un 20% de omisión, lo cual dificulta el análisis de datos y el poder apuntar con estrategias más precisas a la prevención del embarazo en la adolescencia.

VI. FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA

a. La fecundidad en los datos de la Historia Clínica Perinatal

La población del estudio, obtenida a partir de los registros de la HCP, está constituida por un 61 por ciento de adolescentes que tuvieron su parto en el año 2013, lo que confiere cierta ventaja al estudio porque permite el seguimiento de la embarazada desde la primera consulta hasta su egreso del establecimiento de salud después del parto o aborto. Menos de 1 por

ciento de los registros (12 personas), fueron reportados como abortos.

El estudio no ahonda en este tema, siendo que ante situaciones de aborto, se realiza referencias a otras especialidades que son registrados en el Sistema Informático Perinatal (SIP).

b. Embarazos previos

En lo referente a la historia obstétrica de las adolescentes, aproximadamente una cuarta parte tuvo embarazos previos, de ellas, la mayoría tuvo un embarazo anterior, y alrededor de 20 adolescentes tenían antecedentes de 3 o 4 embarazos previos, además del embarazo actual.

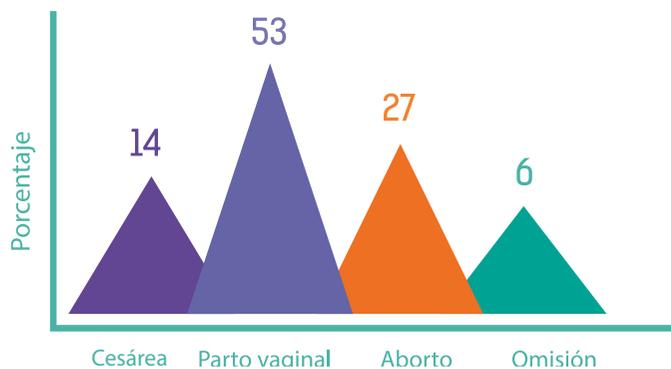
C. 11 NÚMERO Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE TUVIERON EMBARAZOS PREVIOS	
NÚMERO DE EMBARAZOS PREVIOS	Porcentaje (N = 3.966)
0	74,9
1	18,9
2	3,2
3	0,4
4	0,1



G. 4

FORMA DE TERMINACIÓN DE LOS EMBARAZOS PREVIOS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 990)

Fuente: Historia Clínica Perinatal



Más de la mitad de los embarazos previos terminaron como parto vaginal y 14 por ciento en cesárea. Sin embargo, si solamente se toman en cuenta los partos, el 23 por ciento corresponde a cesáreas, porcentaje que se halla por encima de los estándares aceptados para este procedimiento¹¹.

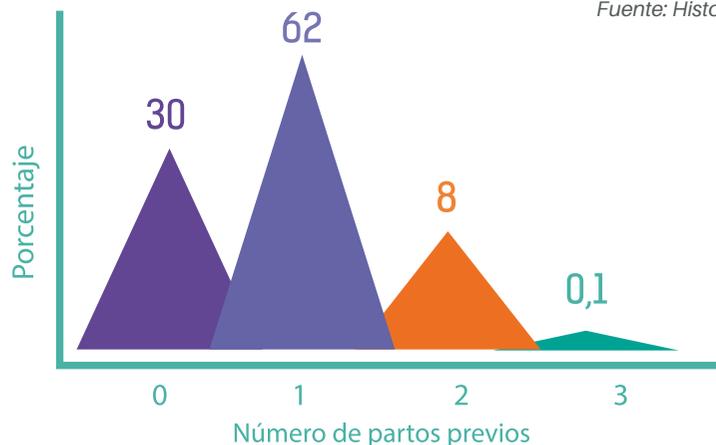
El porcentaje de abortos previos es muy alto, casi el triple de acuerdo a los parámetros esperados (alrededor del 10 por ciento de los embarazos terminan en aborto espontáneo)¹². Los municipios de La Paz y Tupiza son los lugares donde se encontraron porcentajes de aborto previos por encima de 25 por ciento.

El porcentaje de abortos previos es muy alto, casi el triple de acuerdo a los parámetros esperados.

G. 5

ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 Y NÚMERO DE PARTOS PREVIOS (N=868)

Fuente: Historia Clínica Perinatal



¹¹ Los estándares aceptados para cesáreas es entre 5 y 15%, *Monitoring Emergency Obstetric Care*, WHO, UNFPA, UNICEF and AMDD, 2009. <http://www.unfpa.org/publications/monitoring-emergency-obstetric-care>

¹² El riesgo de un aborto espontáneo en mujeres embarazadas menores a 35 años es 10%. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*, Lippincott Williams & Wilkins. 2012. pp. 438-439.

La mayor parte de las adolescentes, 62 por ciento, tuvo un parto previo y cerca de 10 por ciento 2 o más partos anteriores.

c. Factores que promueven el embarazo en la adolescencia

La percepción sobre los factores que promueven el embarazo en la adolescencia es diversa desde el punto de vista de los distintos segmentos. Así, el grupo de pares que observa la problemática desde afue-

ra, con una visión crítica y cierto cuestionamiento, identifica las causas principales que se mencionan en orden de importancia, en el siguiente cuadro.

C. 12 PERCEPCIÓN SOBRE LAS CAUSAS DEL EMBARAZO	
1	"La prueba de amor"
2	No contar con métodos anticonceptivos en el momento preciso y necesario
3	Falta de conocimiento preciso sobre la utilización de métodos anticonceptivos
4	El consumo de bebidas alcohólicas
5	La ausencia de los padres y la falta de orientación de parte de los mismos

Según las entrevistas realizadas a madres adolescentes y adolescentes embarazadas, el primer embarazo acontece entre los trece y los diecinueve años. La mayoría de las veces las relaciones sexuales suceden en el marco del enamoramiento y de común acuerdo con la pareja.

La relación sexual ocurre casi siempre por iniciativa de los hombres adolescentes, quienes en la mayoría

de los casos presionan emocionalmente a sus parejas; en otras ocasiones, las relaciones sexuales surgen a iniciativa de las mujeres adolescentes.

Las adolescentes perciben que el embarazo sucede generalmente en las primeras relaciones sexuales de las y los adolescentes, entre el primer y sexto mes después de iniciadas las relaciones sexuales.

"Tenía mi novio ya un año, no nos hemos obligado, hemos ido a su cuarto, él vive solo. La tercera vez me he embarazado".

Madre adolescente de 17 años, Llallagua

"Él me decía 'podrías entregarte a mí', y yo le decía 'no, porque puedo quedar embarazada' y él 'no, no va a pasar eso' me decía, yo tenía miedo, no sé cómo habré aceptado".

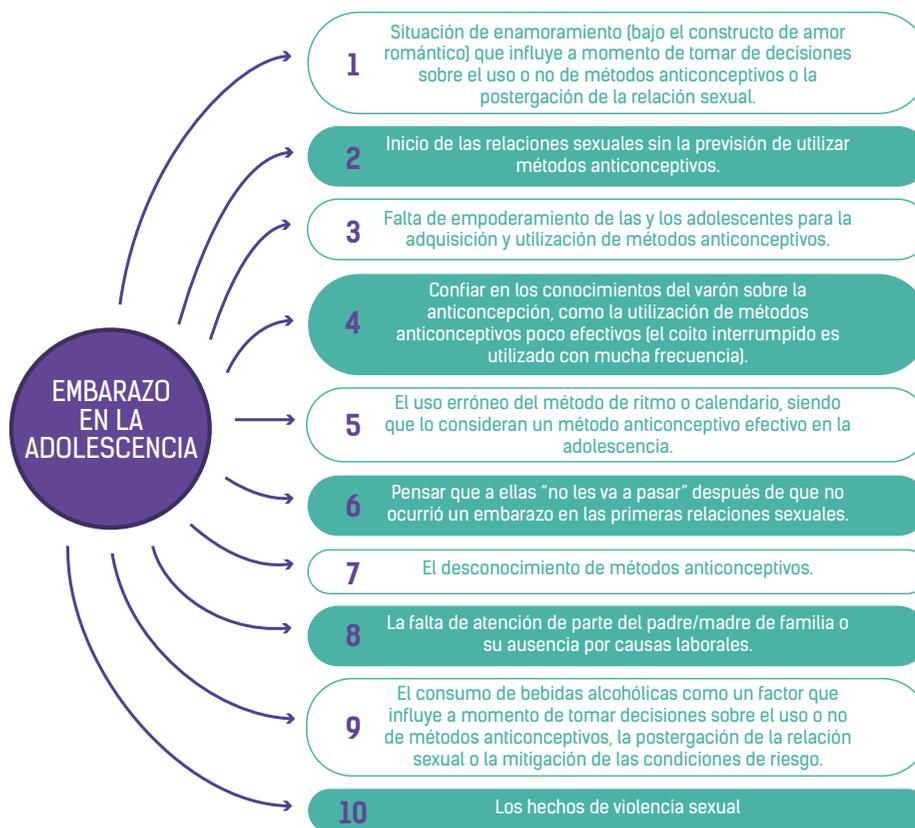
Madre adolescente de 17 años, San Lucas

El análisis de la información obtenida mediante las entrevistas realizadas a madres adolescentes y adolescentes embarazadas permite deducir que, uno de los factores preponderantes para aceptar tener una relación sexual sin protección es el enamoramiento¹³ (bajo el constructo del amor romántico). Este factor

debe entenderse en íntima relación con otros factores que conciben con la situación en la que la adolescente toma sus decisiones, vale decir, el acceder o no a un método anticonceptivo, el decidir utilizarlos o no, el uso incorrecto de los mismos, la falta de información y otros que se menciona en el cuadro 13.

Uno de los factores preponderantes para aceptar tener una relación sexual sin protección es el enamoramiento (bajo el constructo del amor romántico).

C. 13 FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



Se percibe que el consumo de bebidas alcohólicas a corta edad (desde los 11 años) está incrementando en la actualidad en todos los municipios visitados. Este consumo constituye parte de la diversión y del uso del tiempo libre, pero también como componente infaltable de fechas festivas muy tradicionales en las que el consumo de bebidas alcohólicas es poco controlado.

Las violaciones sexuales también son causantes del embarazo en la adolescencia; estas situaciones ocurren en el entorno familiar (padres, padrastros, tíos, primos, etc.), pero también son causadas por sus parejas y personas desconocidas y casi siempre como consecuencia del previo consumo de bebidas alcohólicas. Un dato alarmante que podemos destacar

¹³ Entendiendo al enamoramiento desde el constructo del "amor romántico" que viene establecer una relación desigual, en términos de poder, y bajo la idealización de la "media naranja"; es decir "sin ti estoy incompleto/a" y por ende, resulta más complejo tomar decisiones sin contar con la aprobación de la pareja, creando relaciones de co - dependencia, posesión o pertenencia a alguien.

Las violaciones sexuales también son causantes del embarazo en la adolescencia; estas situaciones ocurren en el entorno familiar (padres, padrastros, tíos, primos, etc.), pero también son causadas por sus parejas y personas desconocidas.

es que del total de 57 adolescentes embarazadas y madres adolescentes entrevistadas, tres estaban embarazadas o son madres como producto de una violación sexual. En dos de los tres casos las adolescentes se enteraron del embarazo cuando tenían entre cuatro y seis meses de embarazo y continuaron con el embarazo, en tanto que la tercera adolescente fue agredida sexualmente a la edad de trece años y su familia la obligó a someterse a un aborto. Otro dato alar-

mante, rescatado de las entrevistas, es que muchas de las entrevistadas han iniciado su vida sexual con una violación. Por ejemplo, cinco de las siete adolescentes entrevistadas en Tiquipaya indican que su primera relación sexual fue una violación. Fueron víctimas de violación a los 10, a los 12 y 3 adolescentes a los 14 años, en diferentes circunstancias, por personas conocidas y también desconocidas.

Muchas de las entrevistadas han iniciado su vida sexual con una violación.

d. La aceptación o rechazo de la sociedad o entorno familiar hacia las adolescentes embarazadas

Las y los adolescentes que conforman el grupo de pares de las adolescentes embarazadas, madres y padres adolescentes, desde una visión externa, consideran que las adolescentes embarazadas truncan su vida, frustrando su presente y su futuro y que solo tienen posibilidad de salir adelante aquellas adolescentes que cuentan con el apoyo de su familia y el apoyo de su pareja.

En general, el embarazo en la adolescencia es una situación socialmente rechazada y, para todas las familias entrevistadas, es una situación inesperada y decepcionante. La sociedad discrimina a las adolescentes embarazadas en diferentes ámbitos. Por su lado, las adolescentes embarazadas con una actitud de auto-discriminación, se retraen en sus hogares y se alejan de las actividades antes frecuentadas, así como de su entorno social.

“Mi hija tenía que estar estudiando, no así...buscando su pareja y su bebé, después con eso ya no se puede seguir adelante...”

Entrevista entorno familiar, San Andrés de Machaca

“Sentí una decepción bien grande, porque yo dije “mi hija va estudiar y va salir sin ninguna responsabilidad” pero me he decepcionado”

Entrevista entorno familiar, Uncía

Para el entorno familiar, el embarazo en la adolescencia significa terminar con los objetivos trazados para el futuro. Sin embargo, las familias de las adolescentes, en la mayoría de los casos, se resignan a aceptar el embarazo, brindando su comprensión y apoyo para la continuidad de los objetivos de educación y formación.

En todos los municipios las escuelas permiten la continuidad educativa de las adolescentes embarazadas, situación que además está regulada por ley. En la escuela, las adolescentes reciben el apoyo y comprensión del plantel docente y de las compañeras y compañeros, aunque no están exentas de algunas actitudes discriminatorias.

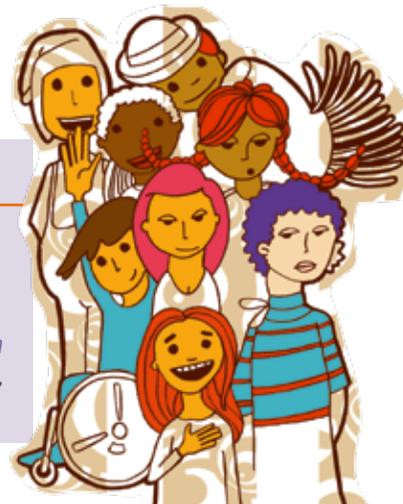
De todas formas, en el municipio de Tupiza, se evidenció un caso de discriminación con la expulsión de una estudiante embarazada con el argumento de constituir una mala influencia para las demás estudiantes. Una situación totalmente opuesta ocurre en el municipio de Punata, donde una madre adolescente acude a pasar clases de manera normal junto a su pequeña hija de seis meses de edad. Son pocas las adolescentes que se retiran temporalmente de la escuela durante el embarazo, con la intención de retornar después de dar a luz, sin embargo, este cometido no siempre es posible.

C. 14 RESPUESTA DE LA SOCIEDAD ANTE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

EN LA COMUNIDAD

Personas de todas las edades critican y observan curiosas a las adolescentes embarazadas.

"La gente más que nada se ocupa en chismear y en decirte que te vas a perjudicar, que no vas a poder estudiar" (Adolescente embarazada, 15 años, Sopachuy)



EN LA ESCUELA

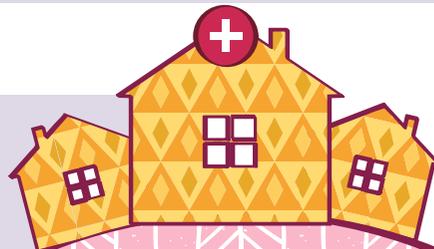
La discriminación es más intensa cuando empieza a notarse el embarazo, sin embargo pronto se tiene el apoyo de las y los compañeros.

"Cuando estaba embarazada me miraban mal, otros se alejaban, uno que otro se acercaba, me sentía muy avergonzada, varias semanas me he faltado al colegio, me alejaba de todos, me aislaba, me sentía mal" (Madre adolescente 17 años, Uncía)

EN INSTITUCIONES DE SALUD

Los comentarios de médicos y enfermeras tienen tono de reproche y en ocasiones pueden influir en la asistencia a los controles prenatales.

"Te hacen sentir mal... te dicen 'como si todavía eres niña'... '¡pero si tú eres jovencita!'" (Adolescente embarazada de 19 años, Llallagua)



VII. CONOCIMIENTO, ACCESO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

a. Planificación del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en la Historia Clínica Perinatal

La planificación del embarazo es parte del derecho que tienen las personas a decidir libremente cuándo y cuántos hijos/as tener, es también un componente de la salud sexual y reproductiva, porque está

demostrado que los embarazos a edad temprana y los múltiples embarazos afectan la salud y calidad de vida de las mujeres.

Está demostrado que los embarazos a edad temprana y los múltiples embarazos afectan la salud y calidad de vida de las mujeres.

C. 15 ADOLESCENTES QUE PLANEARON SU EMBARAZO

Embarazo planeado	Porcentaje (n = 3.912)
Sí	24,4
No	54,8
Omisión	20,8
Total	100,0

Fuente: Historia Clínica Perinatal

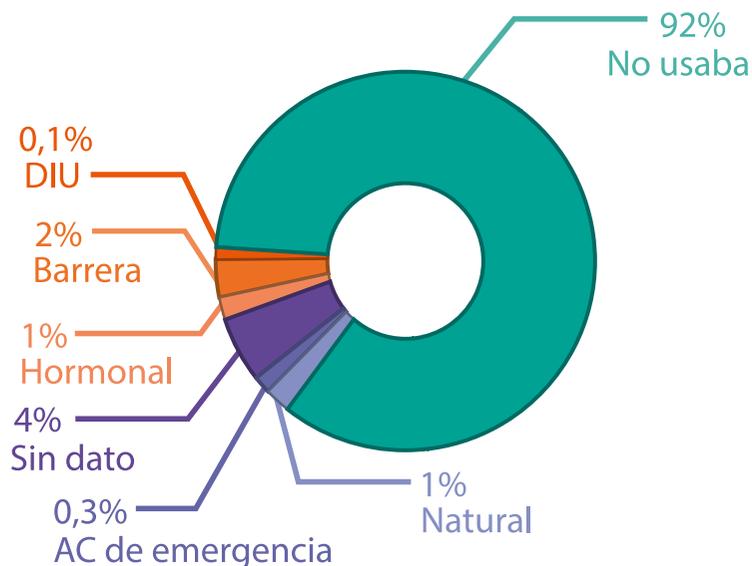
En el estudio, la mayor parte de los embarazos en adolescentes no fue planificada, incluso las adoles-

centes quienes se encontraban en unión estable o casadas, no tenían intenciones de embarazarse.



G. 6

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013, Y QUE NO PLANIFICARON SU EMBARAZO (N=2.144)



Fuente: Historia Clínica Perinatal

Entre las adolescentes embarazadas que no habían planificado su embarazo más del 90 por ciento no utilizaba ningún método anticonceptivo, menos de 5

por ciento sí lo hacía y de ellas el anticonceptivo más frecuente era el de barrera (condón), seguido por los métodos hormonales.

C. 16

ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC) Y ELIGIERON UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DESPUÉS DEL PARTO

	Orientación en MAC después del parto (n = 2.420)	Eligió un método (n = 2.420)
Si	79,3	66,2
No	1,4	9,5
Omisión	19,3	24,3
Total	100,0	100,0

Fuente: Historia Clínica Perinatal

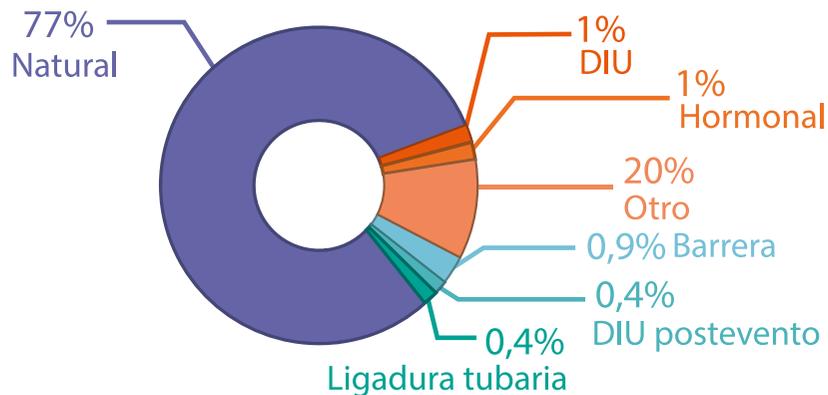
Después del parto y como parte de las recomendaciones establecidas por norma¹⁴, el personal de salud ofrece a las madres sesiones de orientación

anticonceptiva/consejería. En el estudio, se registró que casi 80 por ciento de las adolescentes recibió esta prestación.

¹⁴ Norma Nacional de Orientación en Salud Sexual y Reproductiva y Espaciamiento Gestacional, Ministerio de Salud, 2014, Bolivia

6.7

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO EN EL PERIODO POSTPARTO POR LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 1.603)



Fuente: Historia Clínica Perinatal

El método anticonceptivo elegido por la mayoría de las adolescentes fueron los métodos naturales¹⁵, seguido de "otros"¹⁶. El porcentaje de adolescentes que optaron por algún método moderno es equivalente a

5 por ciento, porcentaje en el que se distribuyen en diferentes proporciones 5 diferentes métodos anticonceptivos.

b. Los embarazos no deseados

En ninguno de los casos estudiados en profundidad, el embarazo ha sido planificado, sin embargo, cuatro adolescentes de diferentes municipios (de 17 a

19 años) esperaban el embarazo como un acontecimiento normal debido a que ya convivían con su pareja.

"...ella no se cuidaba, yo me cuidaba con preservativo. Ya no hemos utilizado, hemos decidido los dos que queríamos tener un bebé"

Padre adolescente de 19 años, Llallagua

En todos los demás casos, el embarazo ha sido inesperado. Las adolescentes simplemente tienen "la esperanza" de no quedar embarazadas, incluso estando conscientes de no haber utilizado métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales. También existen casos de adolescentes (hombres y mujeres) que acceden a tener relaciones sexuales

desconociendo la existencia de métodos anticonceptivos y/ o su uso exacto, esto sobre todo sucede en adolescentes de comunidades rurales y entre aquellos/as que todavía no han alcanzado los últimos cursos de nivel secundario, en los cuales generalmente se adquiere información sobre el tema.

¹⁵ Ritmo o calendario, coitus interruptus, MELA (Método de Lactancia y Amenorrea).

¹⁶ La HCP no especifica el tipo de método.

Al ser embarazos no deseados y ante el temor de enfrentar a los padres y madres de familia, la adolescente vislumbra en el aborto una alternativa; en el estudio se ha entrevistado a adolescentes que están o han estado embarazadas, por lo que no se analiza en profundidad la temática del aborto; sin embargo, se ha incluido una pregunta al respecto y las adolescentes refieren que a pesar del miedo que representa un embarazo no planificado, ellas decidieron continuarlo y

que esta decisión está fuertemente influenciada por sus familias, amigos/as, pareja y la formación de sus valores familiares y/o personales.

También hacen alusión a que conocen lugares en donde se puede realizar un aborto en sus propios municipios y varias conocen casos de amigas o conocidas que se realizaron abortos.

c. Los métodos anticonceptivos

i. Conocimientos de métodos anticonceptivos

En los municipios del estudio, la escuela aborda temas de salud sexual y reproductiva en los últimos cursos del nivel secundario (cuando las y los adolescentes tienen más de 15 años), como componente de las materias de biología y psicología¹⁷, además en algunas escuelas se cuenta con la iniciativa personal de algunos/as profesores, para orientar a las y los estudiantes adolescentes sobre la sexualidad y la reproducción, con el objetivo de prevenir el embarazo en la adolescencia. Destaca el municipio de Uncía, donde el abordaje sobre temas de sexualidad en la escuela es menor por representar un gran tabú.

Además de la escuela, en los municipios de Coroico, Tiquipaya, Tupiza, Camargo, Sucre, Tomina, Sopachuy, Llallagua y Uncía, las y los adolescentes se informan sobre métodos anticonceptivos a través de talleres y ferias informativas organizadas por instituciones públicas y de cooperación internacional, que son impartidas por personal capacitado en el tema.

El método anticonceptivo más conocido es el condón masculino, seguido de la pastilla anticonceptiva y la T

de cobre. Notablemente, la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) es conocida por las y los adolescentes de la mayoría de los municipios. Destaca la comunidad rural de Cruz Loma en Coroico, donde las y los adolescentes mencionan únicamente el condón y la pastilla anticonceptiva de emergencia.

En el caso de las adolescentes embarazadas entrevistadas en los municipios, ellas conocen entre 3 y 9 métodos anticonceptivos, entre modernos y naturales.

El conocimiento de métodos anticonceptivos entre las madres adolescentes, adolescentes embarazadas y padres adolescentes que han sido entrevistados/as difiere notablemente del conocimiento que expresan las y los adolescentes en los grupos focales, aun teniendo edades similares. Es así que entre las madres adolescentes, adolescentes embarazadas y padres adolescentes, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es reducido y su utilización previa es mínima.

Entre las madres adolescentes, adolescentes embarazadas y padres adolescentes, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es reducido y su utilización previa es mínima.

¹⁷ En muchos de los casos, el enfoque se centra en los aspectos biológicos de la sexualidad.

Los métodos anticonceptivos que conocen las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes son el ritmo calendario, el coito interrumpido y ocasionalmente el condón. Los papás adolescentes, por

su lado, conocen el condón y el coito interrumpido. Destacan en este segmento, una cantidad reducida de padres y madres adolescentes que no mencionan ningún método anticonceptivo.

“Ninguno he usado porque recién me he enterado, cuando ya estuve embarazada recién me he enterado... antes de eso no sabía nada,... no sabía ni siquiera que así podías tener wawa”.

Adolescente embarazada de 16 años, Llallagua

“Mis papás me han dicho deberías cuidarte con condón o con inyección, tabletas, eso fue después de que ya estaba embarazada, antes no me decían nada”.

Madre adolescente de 16 años, Sucre

“He escuchado esto en el colegio, pero más en la calle, mis amigos decían ‘cuando tengas relaciones sexuales, siempre hay que utilizar condón, para no embarazarse o eyacular afuera’, así los jóvenes somos muy extrovertidos... así hablamos, conocemos ya esas cosas”.

Padre adolescente de 19 años, Coroico

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos se profundiza recién durante el embarazo y después del parto, como conocimiento obtenido en el hospital o a través de los padres y madres de familia quienes recién mencionan los métodos posteriormente al embarazo. En este segmento es poco conocida la pastilla anticonceptiva de emergencia, a diferencia del amplio conocimiento que expresan los grupos de pares.

Tanto los grupos de pares como las y los adolescentes entrevistados/as, coinciden en que la mejor forma de adquirir información y conocimiento sobre salud

sexual y reproductiva y por ende sobre los métodos anticonceptivos, es a través de los padres y madres de familia. Evidentemente, conversar con los padres y madres de familia sobre temas relativos a la sexualidad representa un tabú difícil de superar, sin embargo, las y los adolescentes consideran que los padres y madres de familia son las personas más confiables para orientar de manera responsable a sus propios hijos e hijas. En este sentido, sería también una necesidad primordial orientar de manera integral tanto a padres y madres de familia como a hijos e hijas, para que ambos tengan el conocimiento y la capacidad de abordar los temas, dejando de lado el tabú.

Evidentemente, conversar con los padres y madres de familia sobre temas relativos a la sexualidad representa un tabú difícil de superar, sin embargo, las y los adolescentes consideran que los padres y madres de familia son las personas más confiables para orientar de manera responsable a sus propios hijos e hijas.

ii. Accesibilidad y capacidad de negociación para el uso de métodos anticonceptivos

La mayoría de las madres adolescentes, adolescentes embarazadas y padres adolescentes coinciden en que la utilización de métodos anticonceptivos es responsabilidad de ambos, sin embargo, las y los entrevistados afirman que durante el enamoramiento tenían conocimiento sobre métodos anticonceptivos

pero no los utilizaron debido a diferentes razones relacionadas a la accesibilidad y a que no consideraron necesaria su utilización. Solo una minoría de las adolescentes entrevistadas afirma que utilizaron algún método anticonceptivo natural o el condón.

“Cuando estábamos enamorando él me decía, ‘hay métodos anticonceptivos para cuidarnos’, pero no usábamos porque yo tenía miedo a utilizar esas cosas”.

Madre adolescente de 18 años, Coroico

La accesibilidad a los métodos anticonceptivos es mayor en las ciudades capitales y en los municipios relativamente grandes. En los municipios pequeños, la presencia de una sola farmacia o el centro de salud como referentes para adquirir métodos anticonceptivos, dificultan la posibilidad de acceder a los mismos

por temor a la falta de confidencialidad, ya que “en el pueblo todos se conocen”. Como estrategia ante esta barrera para adquirir métodos anticonceptivos como condones, algunas parejas de adolescentes se proveen de este insumo, en municipios vecinos o en ciudades capitales.

“Él siempre ha comprado, él traía de Padilla porque allá hay más farmacias, aquí se abre solo hasta las seis de la tarde... Yo nunca he intentado comprar, compraría pero aquí cuando uno va a comprar te miran feo, iría a comprar en otro lugar donde no me conozcan”

Madre adolescente de 18 años, Tomina

En municipios como Llalagua, Tupiza y San Lucas, las y los adolescentes creen que para adquirir métodos anticonceptivos es necesario tener la mayoría de edad. En general, la adquisición de anticonceptivos como el condón es una situación incómoda y principalmente para las mujeres (por las barreras culturales) y también para los hombres, pero ambos consideran que la adquisición del condón es una atribución de los hombres. Ante la desconfianza para acceder/comprar el condón, la alternativa que adopta el adolescente es utilizar el coito interrumpido, convenciendo a su pareja de su efectividad; por su lado la adolescente confía en la información errónea que le proporciona su pareja. Aunque existen distintas barreras que limitan el acceso al condón como anticonceptivo, este método es el más conocido.

bución de los hombres. Ante la desconfianza para acceder/comprar el condón, la alternativa que adopta el adolescente es utilizar el coito interrumpido, convenciendo a su pareja de su efectividad; por su lado la adolescente confía en la información errónea que le proporciona su pareja. Aunque existen distintas barreras que limitan el acceso al condón como anticonceptivo, este método es el más conocido.

Ante la desconfianza para acceder/comprar el condón, la alternativa que adopta el adolescente es utilizar el coito interrumpido, convenciendo a su pareja de su efectividad.

iii. Demanda de métodos anticonceptivos

Entre las adolescentes entrevistadas se percibe una especie de incredulidad generalizada hacia la posibilidad de quedar embarazadas, y aunque muchas de ellas tenían conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, son muy pocas las que utilizaron algu-

no, por ejemplo el calendario, de igual manera el condón; varias de las adolescentes entrevistadas afirman que confiaron en la capacidad del hombre para evitar el embarazo mediante el coito interrumpido.

C.17 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método más utilizados por las adolescentes



Las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos como el condón, el calendario y el coito interrumpido, afirman que los utilizaron erróneamente o no fueron constantes en su utilización. La mayoría de las adolescentes entrevistadas no utilizó métodos

anticonceptivos; algunas tenían conocimiento sobre su existencia, pero no tenían el conocimiento sobre cómo utilizarlos, o no sabían dónde y cómo conseguirlos. Aproximadamente la mitad de las adolescentes entrevistadas desconocía la existencia de métodos anticonceptivos.

La mayoría de las adolescentes entrevistadas no utilizó métodos anticonceptivos; algunas tenían conocimiento sobre su existencia, pero no tenían el conocimiento sobre cómo utilizarlos, o no sabían dónde y cómo conseguirlos. Aproximadamente la mitad de las adolescentes entrevistadas desconocía la existencia de métodos anticonceptivos.

Durante y después del embarazo, recién las adolescentes buscan información sobre anticoncepción o son informadas sobre cómo prevenir otro embarazo cuando asisten a sus controles prenatales y después del parto. Las madres adolescentes que viven en

unión con su pareja son las que generalmente empiezan a utilizar un método anticonceptivo, a sugerencia también del esposo, sin embargo este grupo de usuarias es muy reducido.

“El inyectable dice que la hace engordar y los otros les hace doler la cabeza, la T de cobre es peligroso, cáncer también se entra dicen...por eso no me animo también a usar”.

Madre adolescente de 17 años, Tupiza

“Ahora sí quiero usar la T de cobre, pero mi pareja a veces no quiere porque dice que es peligroso ‘puedes tener cáncer’ me dice, y ahorita no nos estamos cuidando con nada”.

Madre adolescente de 16 años, Coroico

Existe una demanda de información sobre las características y los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, ya que estos están estigmatizados como causantes de malestares físicos y enfermeda-

des irreversibles que afectan a las mujeres, situación que evita su utilización, inclinando la preferencia hacia métodos naturales cuya utilización tampoco comprenden con certeza.

VIII. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

En los últimos años, debido a la implementación de los diferentes seguros de salud y otras intervenciones, el acceso a servicios se ha incrementado (ENDSA 2008) aunque persisten brechas relacionadas al nivel de ingresos, escolaridad, los lugares de residencia y la edad, especialmente las adolescentes menores de 15 años. El acceso a servicios de salud es parte del derecho a la salud expresado en la Constitución Política del Estado y otras leyes y normativas.

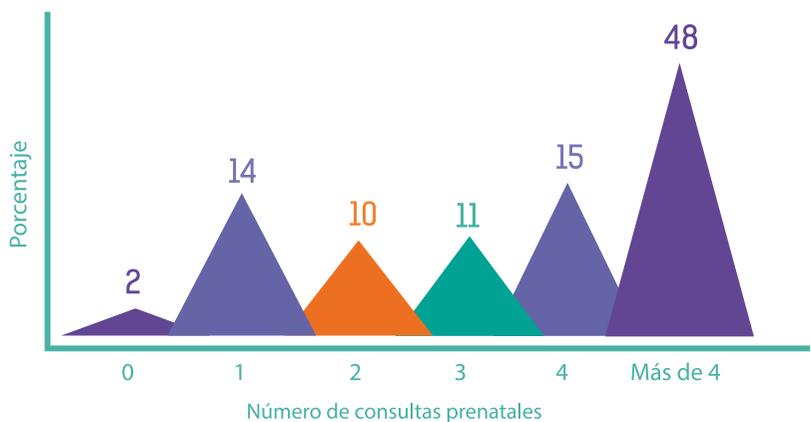
a. Las prestaciones recibidas

i. Consultas prenatales

Las prestaciones básicas durante el embarazo están constituidas por la consulta prenatal y el acceso al parto institucional.



G. 8 NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 3.912)



Fuente: Historia Clínica Perinatal

En el estudio, más de 60 por ciento de las adolescentes realizaron 4 o más consultas prenatales, cumpliendo con el número de consultas recomendadas

en la norma nacional, existe sin embargo, una cuarta parte que realizó 2 o menos consultas.

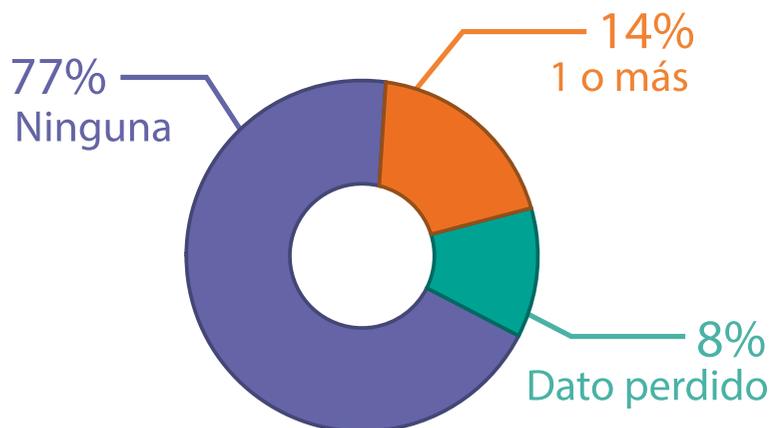
Más de 60 por ciento de las adolescentes realizaron 4 o más consultas prenatales, cumpliendo con el número de consultas recomendadas en la norma nacional.

ii. Enfermedades detectadas

Una de las funciones de las consultas prenatales es la detección temprana de enfermedades o complica-

ciones que pueden poner en riesgo la vida o salud de la madre y su niño o niña.

G. 9 ADOLESCENTES QUE TUVIERON ALGUNA ENFERMEDAD O COMPLICACIONES ENTRE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 2.420)



Fuente: Historia Clínica Perinatal

En el estudio a 14 por ciento de las embarazadas se les detectó alguna enfermedad. Del total de las embarazadas, el mayor número de diagnósticos se realizó en el municipio de Sucre (32 por ciento de las em-

barazadas) y en menos de 1 por ciento en Sopachuy y Tiquipaya, en los otros municipios el porcentaje de embarazadas con alguna complicación se situó entre 2 a 7 por ciento.

C. 18 DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

Enfermedad o condición patológica	Porcentaje (n = 341)
1. Amenaza parto pre-término	18,5
2. Rotura prematura de membranas	18,2
3. Anemia	16,4
4. Pre eclampsia	7,6
5. Infección urinaria	7,6
6. Hipertensión arterial inducida por el embarazo	6,7
7. Hipertensión previa	1,5

Fuente: Historia Clínica Perinatal

En el cuadro precedente se listan los 7 diagnósticos más frecuentes registrados en las HCP, siendo la amenaza de parto prematuro y la rotura prematura de membranas las más frecuentes. La hipertensión arterial en sus diferentes manifestaciones también fue bastante frecuente.

Las hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo representan menos de 1 por ciento de las complicaciones diagnosticadas.

C. 19 ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 Y REPORTARON HABER SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Violencia	Porcentaje (N = 3.966)
Si	0,3
No	70,1
Omisión	29,6
Total	100,0

Fuente: Historia Clínica Perinatal

Se encontraron muy pocos casos de reporte de violencia sexual en las historias clínicas. Este dato ha sido omitido en los registros en el 30% de los casos.

De acuerdo a la “Ley 348, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia”, se considera violación las relaciones sexuales con personas menores de 12 años y entre los 12 y 14 cuando la diferencia de edad con la pareja es menor de 3 años. Estos aspectos descritos y sancionados en la legislación vigente aún no han sido traducidos operativamente en el registro y seguimiento de las adolescentes embarazadas; la HCP no hace ninguna referencia a estos aspectos.

Por otro lado, en la parte cualitativa del total de 57 adolescentes embarazadas y madres adolescentes entrevistadas, tres declararon haber estado embarazadas o ser madres como producto de una violación sexual.

iii. Personal de salud que atendió el parto y tipo de parto

La mayor parte de los partos fueron vaginales – espontáneos, pero hubo un porcentaje alto de cesáreas, que se sitúan por encima de los estándares esperados para

cesáreas. El porcentaje más alto de cesáreas se registró en los municipios de Sucre y Punata.

G. 10 FORMA DE TERMINACIÓN DEL PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N =2.192)

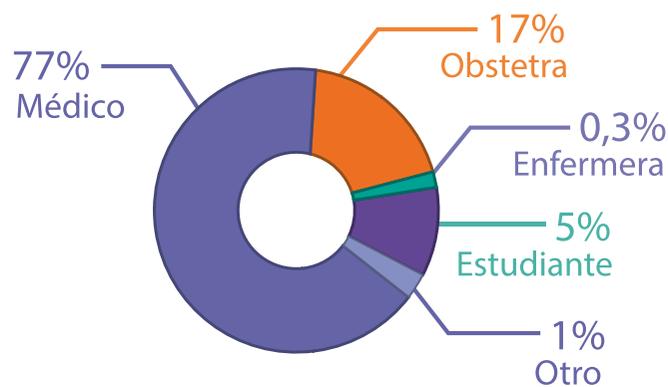


Fuente: Historia Clínica Perinatal

La mayoría de los partos fueron atendidos por personal médico y obstetras, seguido por estudiantes (principalmente en Tupiza). La participación de las enfermeras es muy baja y en algunos registros se es-

pecifica "otros" que corresponde a personal comunitario como parteras o agentes de salud, pero no debe tomarse como la regla, porque la mayoría de los registros no tiene ninguna información al respecto.

G. 11 PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.203)

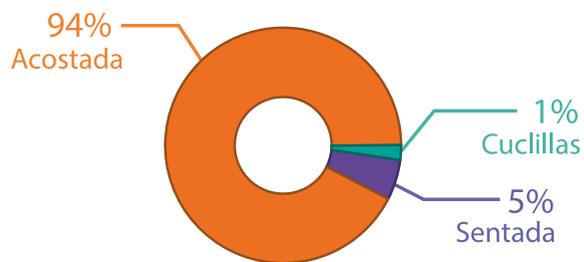


Fuente: Historia Clínica Perinatal

La posición del parto más frecuente es acostada, que es concordante con la atención mayoritaria por el personal médico. Existen recomendaciones normativas para que la mujer pueda elegir la posición de

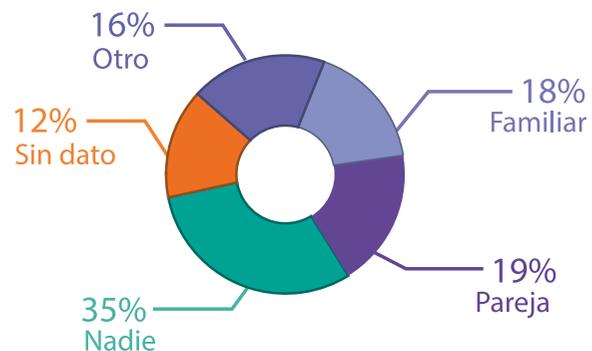
su parto, pero el porcentaje de las otras posiciones alternativas es muy bajo. La tendencia es la misma en todos los municipios del estudio.

G. 12 POSICIÓN DEL PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N= 2.420)



Fuente: Historia Clínica Perinatal

G. 13 COMPAÑÍA EN EL TRABAJO DE PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.420)



Fuente: Historia Clínica Perinatal

Finalmente, en proporciones similares, las adolescentes estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto por su pareja o un familiar, pero un tercio de ellas no tuvo compañía y tuvieron que enfrentar el trabajo de parto solas.

IX. ATENCIÓN EN SALUD A ADOLESCENTES EMBARAZADAS

a. La calidad percibida

Las adolescentes califican de manera positiva la atención de parte del personal de salud, sobre todo de parte de los/as médicos/as, sin embargo, en algunos municipios las adolescentes esperan que la atención

del control prenatal sea dirigida, más específica y que brinde mayor información a las futuras mamás, que desconocen muchos detalles que algunas veces los/as médicos/as pasan por alto.

b. Barreras percibidas por las adolescentes para el acceso de servicios de salud

El temor a afrontar el embarazo en espacios públicos como las instituciones de salud, y visitar al médico/a siendo adolescentes y estando embarazadas, es una barrera que retrasa la asistencia a los controles prenatales. Se sabe de algunos casos en los que inicialmente el personal de salud como médicos/as y enfermeras hacen un reclamo a las adolescentes por estar embarazadas a su corta edad (evidente en los municipios de Llallagua, Punata y Sucre). Además, otros/as pacientes observan de manera curiosa y crítica a las adolescentes embarazadas, generando malestar

y retraimiento, limitando así la asistencia a las instituciones de salud.

Las barreras socioculturales también continúan vigentes (aunque en menor proporción) entre las adolescentes embarazadas, es así que entre las entrevistadas, una adolescente del municipio de Viacha que dio a luz en su hogar, afirma que ella no asiste a las instituciones de salud por miedo a exponer "sus partes íntimas" frente al personal de salud.

c. Factores que promueven el uso de servicios

Las adolescentes embarazadas acuden a las instituciones de salud por primera vez en distintas etapas del embarazo. Así, algunas sospechan de su estado de gravidez y acuden con el afán de confirmar el mismo entre el primer y segundo mes de embarazo (con el apoyo de la pareja); otras acuden recién a partir del cuarto mes. El inicio de la asistencia a los controles prenatales casi siempre está sujeto al momento en el que la adolescente informa a su familia sobre el embarazo.

El cumplimiento de los controles prenatales es una responsabilidad que asumen la mayoría de las adolescentes embarazadas, gracias a que reconocen su importancia para el bienestar de ellas y del bebé. En esta etapa es de mucha importancia el apoyo y recomendaciones que reciben de parte de la familia; el apoyo y acompañamiento de la pareja (en algunos casos) y ocasionalmente de parte de los y las profesores/as.



El Bono Juana Azurduy¹⁸ constituye uno de los incentivos para el cumplimiento de los controles prenatales, el parto institucionalizado y los controles neonatales. Las madres adolescentes consideran que se trata de una ayuda que permite la adquisición de algunos insumos para el bebé, sin embargo, muchas mamás tienen dudas sobre la efectividad del beneficio ya que existen dificultades con el trámite y con

la edad de la beneficiada. La falta de información, el temor a solicitar información y la complejidad del trámite, hacen que algunas mamás desistan de cobrar el Bono Juana Azurduy. Es así que de la totalidad de las madres adolescentes y adolescentes embarazadas entrevistadas el 40% no recibió el Bono Juana Azurduy.

X. MORTALIDAD

a. Los registros de mortalidad en la Historia Clínica Perinatal

i. Mortalidad materna y perinatal

La mortalidad perinatal es un indicador de la calidad de la atención en la etapa final del embarazo, el parto y posparto.

C. 20 CONDICIÓN DE LA ADOLESCENTE AL EGRESO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, DESPUÉS DEL PARTO

Condición al egreso	Frecuencia (N = 2.420)
Viva	1952
Fallece	4
Traslado	2
Omisión	462

Fuente: Historia Clínica Perinatal

En el estudio se identificó la muerte materna de 4 adolescentes al egreso del establecimiento de salud. En lo referente a la mortalidad materna es un dato incompleto porque no se tiene información del periodo

postparto y tampoco se tiene conocimiento acerca de las dos adolescentes trasladadas a otros establecimientos de salud. La información se presenta en números absolutos, por el tipo de evento.

C. 21 MORTALIDAD PERINATAL ENTRE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN 2013

Número de nacidos muertos	Frecuencia (N = 2.420)
1	25
2	1
Omisión	74

Fuente: Historia Clínica Perinatal

¹⁸ El Bono "Juana Azurduy" creado por Decreto Supremo 66/2009, es un incentivo económico (transferencia condicionada) que reciben las madres bolivianas; el Bono tiene por objeto contribuir a disminuir la mortalidad materno infantil y la desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años en todo el país.

Se registraron 27 muertes en el periodo perinatal, una de las adolescentes tuvo dos hijos nacidos muertos en el mismo año. El mayor número de muertes se produjo en los municipios de La Paz y Sucre (23 muertes perinatales entre ambos), pero debe tomarse en cuenta que en estos municipios se obtuvo el mayor número de registros de la muestra. La información se

expresa en números absolutos. En 74 HCPs no se tiene registro de este dato. En 63% de los casos, la muerte perinatal ocurrió antes del parto y en 18% de los casos durante el parto. En casi 20% de muertes perinatales no se tiene registrado en la HCP el momento de la muerte.

En 63% de los casos, la muerte perinatal ocurrió antes del parto y en 18% de los casos durante el parto. En casi 20% de muertes perinatales no se tiene registrado en la HCP el momento de la muerte.

b. La percepción de mortalidad en las adolescentes

i. La concepción de mortalidad materna

Según los y las entrevistados, el concepto de mortalidad materna está asociado a la falta de cuidado durante el embarazo y a la debilidad física de las mujeres embarazadas. En algunos casos se asocia la mortali-

dad materna con la negligencia médica y la falta de atención oportuna. Se atribuye la mortalidad materna a regiones rurales de área dispersa donde no existe asistencia médica.

ii. Conocimiento y cuidado de adolescentes sobre factores de riesgo durante el embarazo

Las recomendaciones que cumplen las adolescentes para evitar riesgos durante el embarazo, provienen de los miembros de la familia y principalmente de los/as médicos/as. Básicamente se trata de consumir alimentos nutritivos basados en fruta y verduras, beber agua y reducir la ingestión de sal. Asimismo, evitar esfuerzos físicos, consumir los suplementos nutricionales proporcionados por el SUMI y asistir al hospital ante cualquier señal de alarma relacionada al embarazo son otros aspectos que requieren atención.

Entre las recomendaciones de tipo tradicional, observadas en algunos municipios, pero con poca frecuencia están: protegerse del sol para evitar que la placenta se pegue a la espalda, no tejer para evitar complicaciones con el cordón umbilical y caminar mucho para facilitar el trabajo de parto.



XI. EL/LA RECIÉN NACIDO/A

a. Los datos de la Historia Clínica Perinatal

i. Características generales

La mayor parte, el 85%, de los/las recién nacidos/as de las madres adolescentes tuvieron un peso adecuado para su edad gestacional. El porcentaje de pequeños para su edad gestacional se encuentra dentro de los

parámetros esperados para neonatos de mujeres de todas las edades. No se encontró diferencia entre los municipios más urbanos y los más rurales.

C. 22

RELACIÓN PESO / EDAD GESTACIONAL DE LOS/LAS RECIÉN NACIDOS/AS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN 2013

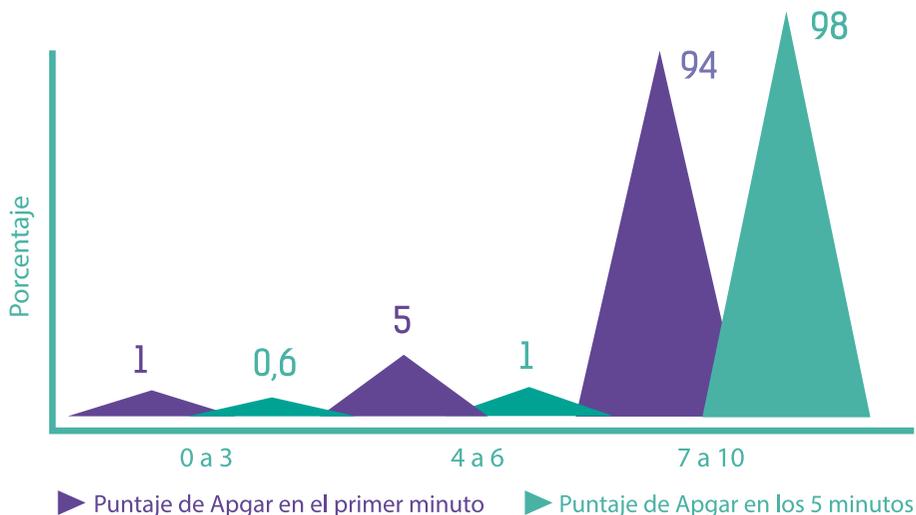
Relación peso / edad gestacional	Porcentaje (N = 2.420)
Adecuado	85,2
Pequeño	3,3
Grande	1,2
Omisión	10,3
Total	100,0

Fuente: Historia Clínica Perinatal

El puntaje o la prueba de APGAR es una evaluación rápida de la vitalidad del/la recién nacido/a que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del niño o de la niña. El puntaje en el minuto 1, determina qué tan bien toleró el niño o niña el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al personal de salud qué tan bien está evolucionando el niño o niña fuera del vientre materno. La prueba de APGAR la realiza un/a médico/a, una enfermera u otro personal de salud. El profesional de la salud examinará en el/la recién nacido/a: 1) Esfuerzo respiratorio; 2) Frecuencia cardíaca; 3) Tono muscular; 4) Reflejos y 5) Color de la piel.

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 dependiendo del estado observado. El puntaje máximo es de 10 y significa que el recién nacido tiene muy buena vitalidad, en tanto que los puntajes menores señalan dificultades en el parto o en el proceso de adaptación fuera del útero materno. Se considera normal que en el primer minuto de vida, el puntaje de APGAR se encuentre relativamente bajo (menor a 7), pero a los 5 minutos debería subir por encima de 7.

G. 14 PUNTAJE DE APGAR DE LOS/LAS RECIÉN NACIDOS/AS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.420)



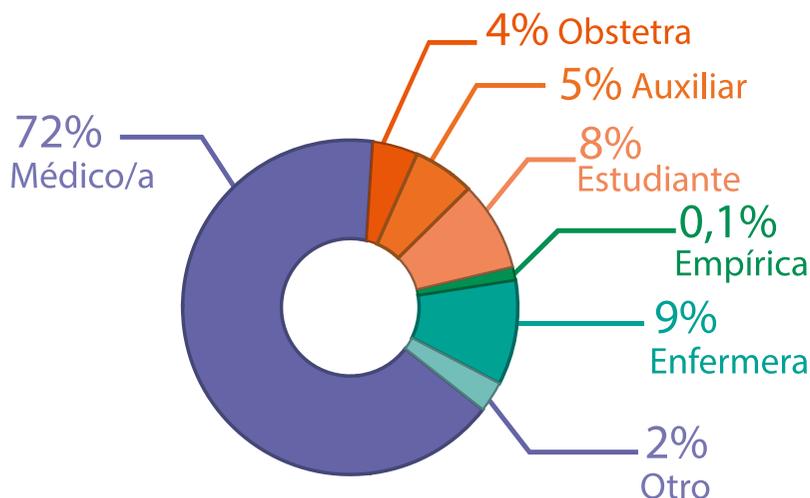
Fuente: Historia Clínica Perinatal

La vitalidad de los/as recién nacidos/as según la historia clínica perinatal medida con el puntaje de APGAR, fue en general apropiada. El 94% y 98% por ciento tuvo puntajes mayores a 7 en el primer minuto

y a los 5 minutos de vida, respectivamente. No se observaron diferencias en el puntaje de APGAR entre las adolescentes que tuvieron partos vaginales y las que lo hicieron por cesárea.

ii. Personal que atendió al/la recién nacido/a

G. 15 PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIÓ AL/LA RECIÉN NACIDO/A DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.163)



Fuente: Historia Clínica Perinatal

La mayoría de los/las recién nacidos/as fueron atendidos por médicos/as, enfermeras y obstetras, solo dos neonatos fueron atendidos por personal empírico.

iii. Prestaciones recibidas por el/la recién nacido/a en el sistema de salud

El tamizaje para recién nacidos, consiste de una serie de pruebas de laboratorio que sirven para descartar la presencia de enfermedades o condiciones que de-

ben ser identificadas en etapa temprana de la vida, para poder dar el tratamiento adecuado. El siguiente es un listado de estas patologías:

C. 23 RECIÉN NACIDOS/AS A LOS QUE LES HICIERON PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL

Pruebas de tamizaje neonatal realizadas / Diagnóstico	Frecuencia (N = 2.420) (%)	Resultados positivos (%)
VDRL / Sífilis Congénita	154 (6,3%)	9 (5,8%)
TSH / Deficiencia hormona tiroidea	140 (5,8%)	6 (4,3%)
Chagas / Enfermedad de Chagas	182 (7,5%)	5 (2,7%)
Bilirrubinemia / Para descartar incompatibilidad de la sangre materna y fetal	115 (4,7%)	4 (3,5%)
Hemoglobinopatía / Enfermedades de hemoglobina / sangre	111 (4,6%)	4 (3,6%)
IGM Toxoplasmosis / Toxoplasmosis	111 (4,6%)	7 (6,3%)

Fuente: Historia Clínica Perinatal

Como se observa en la tabla precedente, a menos de 8 por ciento de los/as recién nacidos/as se les realizó alguna de las pruebas de tamizaje. El mayor número de pruebas se hizo en los municipios de Punata (18 por ciento), en la mayor parte de los municipios más rurales el porcentaje fue entre 10 a 14 por ciento. En Coroico se hicieron algunas pruebas a 1 solo recién nacido/a. En los municipios de La Paz y Sucre, en los que se podría asumir que tienen mejor acceso a in-

sumos, el porcentaje fue bajo: La Paz 13 por ciento y Sucre 5 por ciento.

Los resultados positivos mostrados en la última columna ilustran la importancia de realizar estos exámenes, aunque las cantidades y los porcentajes parecen pequeños, el diagnóstico de algunas de estas condiciones y su tratamiento pueden cambiar radicalmente la calidad de vida de los niños y niñas.

XII. LA OPINIÓN DE LAS ADOLESCENTES Y SU ENTORNO SOBRE EL EMBARAZO

Las madres y padres de familia, tías o abuelas, son las encargadas de los primeros cuidados del/la bebé. La abuela materna se constituye en la "abuela cuidadora". Las madres adolescentes se sienten inexpertas y temerosas ante el tamaño del/la recién nacido/a, sin

embargo, después del nacimiento sienten la capacidad de aprender a cuidar a su bebé. En la mayoría de los casos las madres de familia y las abuelas van a seguir teniendo un rol importante en el cuidado del niño o de la niña.

A excepción de las madres adolescentes que consideran que tienen la edad adecuada para ser madres ya que previamente vivían en concubinato, ninguna de las adolescentes entrevistadas esperaba ser madre durante la adolescencia.

El objetivo de las adolescentes era ser madres después de culminar una carrera profesional y de tener un trabajo estable. De la misma manera, los padres adolescentes tenían el objetivo de formar una familia después de haber alcanzado una profesión. En am-

bos casos consideran que la presencia de un hijo o una hija no es impedimento para seguir con los objetivos planeados a futuro, sin embargo la realidad es que en varios casos, los papás adolescentes se ven obligados a dejar los estudios por la necesidad de trabajar y mantener a su nueva familia y las mamás adolescentes dejan sus estudios para cuidar su bebé y preocuparse de las tareas domésticas.

“Estoy un poco triste, porque yo quería estudiar y ahora va a ser un poco complicado. Quería ser licenciada”.

Adolescente embarazada 16 años, San Lucas

“Mi sueño era estudiar y tener algo estable con una persona, pero me he embarazado... claro que sigo estudiando pero ya no va a ser lo mismo que antes, ya tengo una responsabilidad”.

(Madre adolescente 19 años, La Paz)

“Esto no me va a perjudicar, esto más bien me va a dar un aliento para seguir adelante y esforzarme más”.

(Madre adolescente 19 años, La Paz)

Las familias de las y los adolescentes también habían planificado el futuro de sus hijas e hijos en torno a su profesionalización. Ante la noticia del embarazo, la decepción de los padres y madres de familia es inevitable, sin embargo, (de existir las posibilidades económicas) algunos continúan apoyando a sus hijas e hijos para que puedan alcanzar los objetivos

esperados. El apoyo es económico, pero también es necesario el apoyo en el cuidado del bebé, es así que el papel de la “abuela cuidadora” es fundamental en muchos casos de maternidad adolescente, sin embargo el cumplimiento de dicho rol depende de la predisposición y actividades de la madre de familia.

“Pensé que ella iba a estudiar, salir bachiller, salir profesional y tal vez recién iba a pensar en embarazarse, mis hermanos me decían que ella es tranquila, que no es ninguna loca... No imaginaba que pasaría esto”.

Entrevista entorno familiar, La Paz

“Ella pretende seguir estudiando, que yo le ayude con él bebe siempre hasta que salga y una vez saliendo ya se dedica a su hijo, yo voy a ayudarle a cuidar al bebé”.

Entrevista entorno familiar, Sucre

En la comunidad, distintos segmentos de la población estigmatizan la maternidad durante la adolescencia como el reflejo del mal comportamiento de las y los adolescentes y de la desatención de parte de los padres y madres de familia. Además se atribuye a las adolescentes embarazadas las características de un presente estancado y sin futuro.

Por su lado, y avaladas por leyes del Estado¹⁹ las unidades educativas están abiertas a la permanencia

de adolescentes embarazadas para que puedan culminar sus estudios. Los grupos de pares consideran que el embarazo en la adolescencia termina con las aspiraciones que tenían las y los adolescentes para su futuro, pero también afirman que es posible alcanzar dichas aspiraciones si las madres y padres adolescentes cuentan con el apoyo de sus padres y madres. De no contar con este apoyo, en el futuro las madres y padres adolescentes estarían condenados/as a ocupar espacios laborales de baja remuneración.

XIII. IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA VIDA DE LAS ADOLESCENTES

a. Aspectos emocionales, físicos y responsabilidades

La noticia del embarazo marca un antes y un después en la vida de las y los adolescentes, sobre todo de las mujeres. El temor a los padres y madres de familia es el primer sentimiento que invade a las adolescentes y que las lleva a pensar en el aborto como una alternativa, sin embargo, en la mayoría de los casos el

sentimiento hacia su bebé conduce a la adolescente a continuar con el embarazo, con o sin el apoyo del padre adolescente. Los padres y madres de familia, inicialmente decepcionados, finalmente brindan su apoyo y comprensión a la hija.

La noticia del embarazo marca un antes y un después en la vida de las y los adolescentes, sobre todo de las mujeres. El temor a los padres y madres de familia es el primer sentimiento que invade a las adolescentes y que las lleva a pensar en el aborto como una alternativa.

“Cambia todo, antes trabajaba tranquila, ahora el bebé ya no me deja, ya no puedo trabajar, ya no me deja ni salir, mis papás tampoco me dejan salir”

Madre adolescente 18 años, Tomina

¹⁹ Ley 342 Ley Plurinacional de la Juventud, Código Niño, Niña, Adolescente

“Ahora que estoy embarazada me he vuelto aburrida no quiero salir a ningún lado, me da miedo salir a la calle, antes yo salía a todo lado, solía ir a las fiestas pero ahora ya no, me he vuelto aburrida”

Adolescente embarazada 17 años, Punata

Las adolescentes embarazadas entrevistadas consideran que la diversión y las actividades propias de la adolescencia quedan atrás. Inevitablemente, la discriminación presente en la comunidad hace que las adolescentes permanezcan más tiempo en sus hogares. Las responsabilidades que se van asumiendo a la espera del nacimiento obligan a las adolescentes

a madurar prontamente. La llegada del/la bebé marca aún más la estadia en el hogar y el alejamiento del entorno social. El siguiente esquema estructura las percepciones que tienen las adolescentes sobre su estilo de vida, intereses y actividades antes y después de un embarazo a temprana edad.

C. 24 PERCEPCIÓN EN EL CAMBIO DE VIDA EN LAS ADOLESCENTES QUE SE EMBARAZAN



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas de adolescentes embarazadas en 14 municipios

Las adolescentes se encuentran en un proceso de construcción/consolidación de sus proyectos de vida, pero las adolescentes refieren que sus planes y sus responsabilidades cambian rotundamente, y ahora son responsables de otra vida, conscientes de que el presente y el futuro siendo madres es y será más complicado.

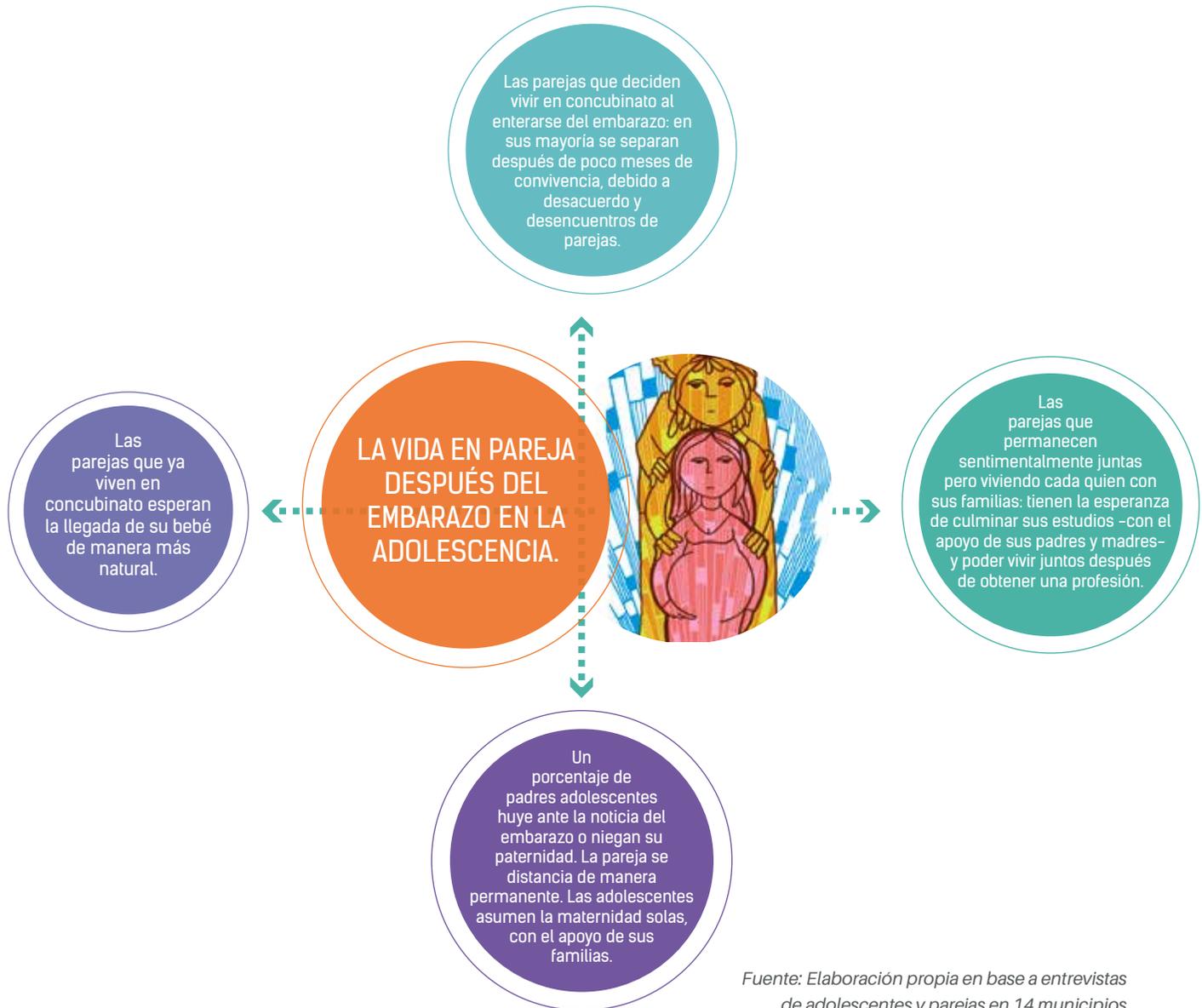
Después de haber enfrentado situaciones complejas ante la familia y ante la sociedad, en la mayoría de los casos, las parejas de adolescentes finalmente se distancian sentimentalmente. Las adolescentes ya no priorizan su estadia junto a sus parejas; sus principales objetivos están enfocados en su futuro y en el de su bebé.

b. Consecuencias del embarazo en la adolescencia para los padres

Los futuros papás (adolescentes o no) de manera también inesperada reciben la noticia del embarazo; algunos asimilan la situación y asumen su paternidad inmediatamente, brindando total apoyo a su pareja y

entre ambos informan sobre el embarazo a sus respectivas familias, obteniendo el apoyo de las mismas; otros papás simplemente niegan su responsabilidad huyendo de la situación, incluso algunos escapan del municipio.

C. 25 ACTITUDES DE LOS PADRES (ADOLESCENTES O NO ADOLESCENTES) AL ENTERARSE DEL EMBARAZO



d. Educación y proyecto de vida

La mayoría de las adolescentes embarazadas continúan sus estudios, gracias a su propio empeño y al apoyo inminente de sus familias. Con la presencia de su bebé y con el apoyo de sus madres y padres, las madres adolescentes se sienten capaces de continuar estudiando y sus objetivos trazados para el futuro se

encuentran más fortalecidos que antes; algunas tienen como objetivo culminar en el nivel secundario, pero otras pretenden continuar estudiando hasta alcanzar una profesión que les permita obtener un trabajo y un ingreso estable para la manutención de su familia.

“Yo quiero estudiar, salir profesional, para darle todo lo que yo quiero a mi hija, si recibo el apoyo de mis papás para estudiar y acabar mis estudios, yo creo que puedo salir adelante. No está en mis planes casarme”

Madre adolescente 17 años, Uncía

“Voy a terminar la escuela y quiero ir a la universidad, espero seguir teniendo buenas notas. Terminar una profesión es mi sueño. ...él habla de casarnos pero todavía no está en mis planes”

Adolescente embarazada 15 años, Tiquipaya

“Yo quería hacer parvularia, tengo que volver a la escuela por mi hija, será más difícil con ella, pero quiero tener una profesión y un trabajo estable, para poder darle lo necesario y que no sea como yo”

Madre adolescente de 16 años, Coroico

El proyecto de vida depende del apoyo y de las posibilidades que tengan los padres y madres de familia. Algunas madres adolescentes tienen el apoyo de su familia, pero la familia no tiene los medios para apoyar la continuidad de los estudios y las madres adolescentes necesariamente tienen que buscar un trabajo y dejar la escuela.

En municipios más alejados como San Andrés de Machaca, así como en comunidades rurales, las adolescentes embarazadas ya siendo madres, tienden a abandonar la escuela o solo terminar la primaria en algunos casos migrar a las ciudades capitales, en busca de un trabajo que permita apoyar económicamente a su familia; para ello dejan a sus bebés con sus propios padres y madres.

El proyecto de vida depende del apoyo y de las posibilidades que tengan los padres y madres de familia. Algunas madres adolescentes tienen el apoyo de su familia, pero la familia no tiene los medios para apoyar la continuidad de los estudios y las madres adolescentes necesariamente tienen que buscar un trabajo y dejar la escuela.

XIV. LO URBANO Y LO RURAL

En municipios rurales y urbanos, el embarazo en la adolescencia tiene características similares. El denominador común es el enamoramiento con sus distintos matices, y aunque las adolescentes del área urbana tienen mayor acceso a información y a métodos anticonceptivos, la información con la que cuentan las adolescentes embarazadas sobre los métodos anticonceptivos puede ser mayor, pero la accesibilidad en ambos sectores se reduce a la capacidad de adquirirlos, la cual es también reducida.

Actualmente las adolescentes tienen aspiraciones de profesionalización, tanto en el área rural como urbana, ya que existen oportunidades dirigidas a toda la población. Es así que las adolescentes embarazadas de las áreas rurales mantienen sus aspiraciones de profesionalización, aunque para algunas es más complicado debido a las distancias de los municipios a las ciudades capitales y a la presencia del bebé.

Al igual que en el área urbana, en el área rural algunos papás adolescentes asumen su responsabilidad, mientras otros huyen ante la noticia del embarazo. El concubinato también es frecuente en ambos sectores, aunque en algunos municipios rurales, prevalecen costumbres tradicionales que obligan a las adolescentes a convivir con el padre del bebé.

Los padres y madres de familia en el área urbana suelen comprender mejor la situación del embarazo de una hija adolescente. En el área rural los padres y madres de familia son menos liberales, pero las hijas si demuestran una actitud más liberal, gracias al apoyo y comprensión que actualmente reciben en la escuela.

XV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a. Conclusiones

i. Características del embarazo en la adolescencia

En los municipios del estudio, los embarazos se producen a edad muy temprana, incluso en menores de 14 años, lo que tiene implicaciones legales, sin embargo, en los establecimientos de salud y en las comunidades, no se evidenció ninguna denuncia o acción judicial para proteger a las adolescentes menores de 16 años.

Se caracteriza a las adolescentes embarazadas, como personas muy jóvenes, con baja escolaridad (muchas de ellas con estudios de primaria), en unión estable con sus parejas o, mayormente, solteras, que se auto identifican étnicamente como mestizas o indígenas.

Las parejas de adolescentes se distancian en el corto plazo. En algunos municipios pequeños las madres adolescentes abandonan la escuela o migran a las ciudades capitales, para buscar trabajo que permita apoyar económicamente a su familia; para ello dejan a sus bebés su familia.

Las adolescentes embarazadas sufren el rechazo por parte de algunos segmentos de la población, especialmente en las comunidades pequeñas, pero también en el sistema educativo y de salud. La discriminación disminuye con el nacimiento del bebé. Además se evidencia una actitud de auto discriminación de las adolescentes embarazadas, por el miedo (real o percibido) a ser rechazada por el embarazo, principalmente en el colegio o el centro de salud.

El abandono de la pareja masculina, cuando se entera del embarazo, es una conducta habitual y socialmente aceptada. Son escasas las veces en las que la pareja masculina acompaña el embarazo y se involucra en la crianza del niño/a. Sin embargo, el concubinato resulta más frecuente cuando la pareja de las adolescentes embarazadas tienen la mayoría de edad. Las adolescentes cuya pareja también es adolescente, tienden a permanecer solteras y a separarse. Entre lo urbano y lo rural existen diferencias en cuanto a información y conocimiento, sin embargo, las características subjetivas del embarazo en la adolescencia son similares en ambos sectores, al igual que las características que influyen en el acceso a los métodos anticonceptivos.

ii. Temas generales del registro y la historia clínica perinatal

La historia clínica perinatal (HCP) se utiliza habitualmente en el sistema público de salud, pero su llenado tiene un alto grado de omisión, por lo tanto no es un instrumento confiable en su rigurosidad para la referencia de pacientes al ser un documento incompleto. Por otro lado, la información que contiene no es analizada ni utilizada para ningún fin.

El Sistema Informático Perinatal (SIP) no se está utilizando, excepto en un hospital de Sucre. El SIP sirve para procesar la información de la HCP y su utilización facilita la producción de reportes y el análisis de datos.

Existe un sub-registro importante de embarazos en la adolescencia en prácticamente todos los municipios del estudio y también en los diferentes niveles en los que se consolida la información. Por lo tanto, es probable que el embarazo en la adolescencia no se perciba como un problema en su real magnitud.

iii. Fecundidad en la adolescencia

Alto porcentaje de embarazos en adolescentes, tanto actuales como anteriores (25 por ciento de las adolescentes embarazadas, tenían embarazos anteriores), lo que representa una situación crítica para una adolescente que antes de los 20 años ya tiene 2 o más hijos/as.

El porcentaje de embarazos que terminan en aborto, es muy alto (27 por ciento), situándose un tercio por encima del porcentaje de abortos que ocurren en embarazadas de todas las edades (10 a 20 por ciento). El aborto es percibido como una opción para terminar con el embarazo y evitar enfrentar a los padres y madres de familia, esta dimensión no ha sido analizada en profundidad, porque el estudio se ha concentrado únicamente en adolescentes que están o han estado embarazadas.

Las adolescentes refieren que las redes de apoyo de sus familias, amigos/as, pareja y su formación de valores familiares y/o personales han sido determinantes para continuar con su embarazo, con o sin el apoyo de su pareja. Usualmente, cuando existe apoyo mutuo de la pareja al enterarse del embarazo, el aborto no es considerado la primera opción.

El enamoramiento junto a otros factores independientes (falta de utilización de métodos anticonceptivos, mala utilización de métodos anticonceptivos, el desconocimiento, ausencia de los padres y madres, fiestas y consumo de alcohol), es la causa subjetiva principal de aceptar tener una relación sexual sin protección, y por ende, vivir una situación de embarazo en la adolescencia. De la parte cualitativa del estudio destaca el porcentaje elevada de embarazos como producto de violencia sexual.

La falta o mala de utilización de métodos anticonceptivos es la causa principal del embarazo en la adolescencia.

Chantaje y manipulación de los hombres al exigir la “prueba de amor” con consecuencias no solamente en la consumación del acto sexual sino también en las características del mismo (ausencia en el uso de métodos anticonceptivos, confianza en el hombre de poder controlar la posibilidad del embarazo, evasión de la responsabilidad compartida entre pareja, entre otras) lo que se refleja una concepción machista de quién decide cuándo y cómo llevar a cabo el acto sexual.

iv. Planificación del embarazo y uso de métodos anticonceptivos

Alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, más de la mitad de las adolescentes que estaban en unión no tenían planeado el embarazo y sin embargo más de 80 por ciento de ellas no utilizaba métodos anticonceptivos.

La principal fuente de información y conocimiento de métodos anticonceptivos es la escuela, seguida de los talleres temáticos desarrollados por instituciones de cada municipio, sin embargo, la información que se recibe es superficial, no siempre tiene un enfoque de derechos y no trata el uso métodos de manera específica.

El uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes es muy bajo, incluso considerando métodos naturales que por lo general son utilizados de manera incorrecta.

En el periodo posparto, las adolescentes, mayoritariamente, aceptaron algún método natural los que si bien podrían ser eficaces no son aptos para todas las mujeres, además requieren un amplio conocimiento y responsabilidad de la pareja y ciertas condiciones para su efectividad.

Las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, especialmente las que se encuentran en los últimos cursos del nivel secundario. Las más jóvenes, muchas de ellas madres adolescentes, recién reciben y buscan mayor información después del primer embarazo.

El condón es el método anticonceptivo más conocido, pero no el más accesible. Tanto mujeres como hombres tienen temor y sienten vergüenza de solicitarlos tanto en farmacias como en establecimientos de salud.

Si bien existe la Ley 475 de prestaciones de servicios de salud integral, en su art. 5, establece como beneficiarias a las mujeres en edad fértil, quienes gozan de la posibilidad de acceder de manera gratuita a servicios de orientación en anticoncepción e insumos anticonceptivos esta norma está restringida solamente a las mujeres y no así los hombres adolescentes.

No obstante la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, existen barreras culturales, como que es un derecho para personas adultas, que hacen que las mujeres adolescentes tengan temor y vergüenza de solicitar servicios de anticoncepción en los establecimientos públicos de salud.

La utilización de otros métodos modernos es mínima porque existe desinformación respecto a los efectos secundarios que estos podrían causar en la salud de las mujeres.

Las adolescentes consideran que la decisión de usar un método anticonceptivo y el tipo de método, es una atribución de su pareja masculina, por lo que ellas usualmente no toman esta decisión, a pesar que el embarazo es una condición que afecta sus cuerpos y a sus vidas de manera directa.

Del total de establecimientos de salud visitados, solo dos reportaron no tener condones, el resto tiene disponibilidad de métodos anticonceptivos.

El acceso de las y los adolescentes a condones y otros métodos modernos de anticoncepción se dificulta en las comunidades y municipios pequeños porque "todos se conocen" y entonces se pierde la confidencialidad cuando un/a adolescente solicita información o consulta por anticoncepción.

Las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, especialmente las que se encuentran en los últimos cursos del nivel secundario; las más jóvenes, muchas de ellas madres adolescentes recién reciben y buscan mayor información después del primer embarazo.

El condón es el método anticonceptivo más conocido, pero no el más accesible. Tanto mujeres como hombres tienen temor y sienten vergüenza de solicitarlos tanto en farmacias como en establecimientos de salud.

La Ley 475 de prestaciones de servicios de salud integral, en su art. 5, establece como beneficiarias a las mujeres en edad fértil, quienes gozan de la posibilidad de acceder de manera gratuita a servicios de orientación en anticoncepción e insumos anticonceptivos, y no así los hombres adolescentes.

No obstante la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, existen barreras culturales, como que es un derecho para personas adultas, que hacen que las mujeres adolescentes tengan temor y vergüenza de solicitar servicios de anticoncepción en los establecimientos públicos de salud.

La utilización de otros métodos modernos es mínima porque existe desinformación respecto a los efectos secundarios que estos podrían causar en la salud de las mujeres.

Las adolescentes consideran que la decisión de usar un método anticonceptivo y el tipo de método, es una atribución de la pareja masculina, por lo que ellas usualmente no toman esta decisión, a pesar que el embarazo es una condición que afecta sus cuerpos y a sus vidas de manera directa.

Casi todos los establecimientos de salud visitados tenían disponibilidad de métodos anticonceptivos, solo en dos establecimientos de salud del primer nivel de atención se reportó la ausencia temporal de condones.

El acceso de las y los adolescentes a condones y otros métodos modernos de anticoncepción se dificulta en las comunidades y municipios pequeños porque "todos se conocen" y entonces se pierde la confidencialidad cuando un/a adolescente solicita información o consulta por anticoncepción.

v. Uso de servicios de salud

Si bien una alta proporción de las adolescentes realizó las consultas prenatales, queda aún un porcentaje alto que solo tuvo uno o dos controles.

El diagnóstico de complicaciones del embarazo parece bajo en las adolescentes. Los datos emitidos en las HCP muestran que no se están realizando todos los exámenes auxiliares contenidos en la norma nacional, lo que podría explicar la baja frecuencia de detección de complicaciones y enfermedades.

La atención prenatal está todavía enfocada en el número de consultas y no en la calidad de las prestaciones.

La mayor parte de los partos fueron atendidos por personal médico, aspecto que se asocia con una atención de calidad, sin embargo, algunos aspectos de la atención intercultural de los partos no se están aplicando (posición, compañía) y posiblemente estos hallazgos estén relacionados con la formación de los y las médicos.

Durante el llenado de la HCP, existe un alto grado de omisión en el reporte de la detección de condiciones que pueden afectar la vida o salud de las mujeres embarazadas, las características del embarazo, incluyendo las situaciones de violencia sexual, y el uso de métodos anticonceptivos.

Las adolescentes embarazadas son conscientes de la importancia de realizar los controles prenatales y se percibe que la calidad de atención es regular. Pocas adolescentes conocen los procedimientos para beneficiarse del Bono Juana Azurduy.

Una parte importante de las adolescentes asisten tarde a sus consultas prenatales, probablemente porque el diagnóstico de embarazo es negado o es tardío, por lo tanto, no se benefician de las prestaciones de salud.

v. Mortalidad

El estudio ha identificado muerte materna en adolescentes, sin embargo, no ha identificado una razón de muerte específica, por lo que este tema precisa ser investigado y ampliado a mayor profundidad.

Para reducir la mortalidad materna, los servicios de salud brindan información a las adolescentes y sus familias sobre los riesgos del embarazo para la madre y la niña o el niño recién nacido, en especial en las zonas rurales donde no hubiese servicios de salud cercanos.

Por eso, la familia de la adolescente se ocupa de cuidar a la adolescente embarazada, una vez que acepta su situación de embarazo y en muchos casos, brinda recomendaciones basadas en sus prácticas tradicionales (protegerse del sol, no tejer, caminar mucho, etc.)

v. Abortos

El porcentaje de abortos previos en mujeres adolescentes es alto, 27%, casi el triple de acuerdo a los parámetros esperados (alrededor del 10 por ciento de los embarazos terminan en aborto espontáneo)²⁰. Los municipios de La Paz y Tupiza son los lugares donde se encontraron porcentajes de aborto por encima de 25 por ciento.

v. Cesáreas

El 23% de los partos de las HCP revisadas corresponde a cesáreas, porcentaje que se halla por encima de los estándares aceptados para este procedimiento.²¹

²⁰ El riesgo de un aborto espontáneo en mujeres embarazadas menores a 35 años es 10%. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*, Lippincott Williams & Wilkins. 2012. pp. 438-439.

²¹ Los estándares aceptados para cesáreas es entre 5 y 15%, *Monitoring Emergency Obstetric Care*, WHO, UNFPA, UNICEF and AMDD, 2009. <http://www.unfpa.org/publications/monitoring-emergency-obstetric-care>

v. Recién nacido

Las características de los recién nacidos de madres adolescentes, no muestran diferencias con las y los recién nacidos de mujeres de todas las edades.

Se está realizando a menos del 8% de los/as recién nacidos/as los exámenes de tamizaje neonatal y eso puede tener implicaciones graves en su salud en general.

La sobrevivencia y bienestar de las y los recién nacidos dependen en gran medida del apoyo de la familia, suele ser la madre de la adolescente quien asume los cuidados del niño o niña.

La mayor parte de las veces, las madres adolescentes junto a su padre y madre asumen la responsabilidad del bebé, restando responsabilidad al papá adolescente. Pocos hombres adolescentes asumen su paternidad, dejando sus estudios para poder trabajar, haciéndose responsables de la manutención del bebé y la madre.

b. Recomendaciones

Considerando que la tasa de matriculación en el sistema educativo es alta y que la escuela es la principal fuente de información para las y los adolescentes, las intervenciones de prevención del embarazo tendrían que iniciarse en el nivel primario como parte de la formación de mujeres y hombres.

Se recomienda proveer información sobre salud sexual y reproductiva a los padres y madres de familia, ya que en muchos casos, ellos desconocen cómo informar a sus hijas e hijos.

Debe socializarse y establecerse mecanismos de cumplimiento de la Ley 348 "Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia", la Ley 548 "Código Niño, Niña y Adolescente", la Ley 342 "de la Juventud" y la Ley 475 "de prestaciones de servicios de salud" para asegurar el acceso a métodos anticonceptivos, servicios de salud con calidad y calidez, a vivir una vida libre de violencia, a una educación sexual integral y a la participación de los y las adolescentes en la construcción de políticas, planes y programas locales para la prevención del embarazo en la adolescencia.

Se deben agilizar los procedimientos para que el sistema de salud responda adecuadamente al nuevo marco legal y normativo sobre el embarazo en adolescentes menores de 15 años, y las modificaciones a la norma para la prestación de servicios dentro de los seguros públicos de salud, incluyendo la dotación de anticonceptivos a hombres adolescentes.

El sistema educativo y la comunidad deben ser informados y sensibilizados más ampliamente sobre el derecho que tienen las adolescentes embarazadas de seguir con sus estudios.

Reforzar los programas que promueven la reafirmación de la autoestima, la autodeterminación y empoderamiento de las adolescentes, proyectando situaciones reales de vida, tanto en el sistema educativo, como en grupos de pares y organizaciones donde se reúnen las y los adolescentes.

Se deben replantear las estrategias para el acceso de las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos, tomando en cuenta las barreras de acceso a servicios de salud y la falta de acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud.

La estrategia de provisión de métodos anticonceptivos a través de los establecimientos de salud no es la más eficiente para este grupo etario. Se recomienda mejorar los canales y medios de entrega para este grupo etario.

El bajo uso de métodos anticonceptivos modernos podría estar señalando que la situación del embarazo en adolescentes no va a cambiar en los próximos años si no se fortalecen estrategias que faciliten el acceso a conocimientos e insumos anticonceptivos. Estas estrategias tienen que incluir un empoderamiento a las mujeres.

Los seguros públicos deben incluir a adolescentes hombres y mujeres menores de 15 años con prestaciones de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Debe impulsarse en los diferentes niveles (hogar, escuela, comunidad) la responsabilidad y el consecuente involucramiento de los hombres en los embarazos de adolescentes y la crianza posterior del niño/a.

Debe asegurarse la calidad de la orientación en métodos anticonceptivos y su entrega en el periodo posparto, para disminuir la incidencia de nuevos embarazos no planificados.

Es necesario profundizar la información sobre métodos anticonceptivos, explicando detalles y características de su uso, así como cuáles son los métodos más adecuados para las y los adolescentes y dar información clara acerca de mitos en su uso.

Complementar la información de este estudio, con entrevistas a adolescentes que estuvieron embarazadas y que decidieron terminar su embarazo sometiéndose al aborto ya que este grupo específico no se incluyó en el estudio.

Debe evaluarse en las unidades de recién nacidos, la disponibilidad de insumos y capacitar al personal para que realice los exámenes de tamizaje neonatal a todos los recién nacidos.

Una vez establecido que el número de consultas prenatales se efectúan en la cantidad y en el momento recomendado (oportunidad), tendría que monitorearse la calidad del servicio entregado, incluyendo las pruebas de laboratorio y los resultados para garantizar el efecto beneficioso de estas consultas.

Se recomienda establecer estándares de calidad y calidez de la atención a adolescentes en todos los establecimientos de salud y evitar actitudes discriminatorias hacia las adolescentes embarazadas, aspecto que fue reportado en más de un municipio.

Se requiere mayor información y difusión respecto a los procedimientos para que las adolescentes se beneficien del Bono Juana Azurduy.

Debe reforzarse las intervenciones para la adecuación cultural de la atención de los partos a los nuevos estándares contenidos en la política SAFCI.

Tiene que evaluarse el funcionamiento de la red de referencia en los municipios desde el hogar hasta establecimientos de mayor complejidad, así como verificar la capacidad de resolución de las emergencias obstétricas que, como se sabe, requieren de un conjunto de condiciones humanas y materiales para evitar las muertes maternas y perinatales.

i. Historia Clínica Perinatal

La expansión del Sistema Informático Perinatal (SIP) para el análisis de la HCP, ayudaría en la utilización de la información, de esta manera se podría trabajar con los establecimientos y las redes de salud para producir información que sea percibida como útil para los gerentes y personal de salud, de modo que puedan apoyar, por ejemplo, decisiones financieras (como compras de equipos, insumos o medicamentos), de gestión o decisiones clínicas (como la frecuencia de cesáreas o de exámenes de laboratorio), respaldados por la información de la HCP. El desafío es hacer evidente su utilidad, de otro modo seguirá siendo subutilizada y llenada de manera incompleta.

Considerando el alto sub-registro del embarazo en la adolescencia, se debe realizar un estudio de la calidad del dato del SNIS para los indicadores relacionados con este tema. Los datos que se presentan en el estudio no son determinantes porque no siguen la metodología descrita por el SNIS y aunque son verificables en el sentido que se obtuvo la información de los mismos establecimientos de salud, las diferencias encontradas son solo aproximaciones.

El uso de la información de la HCP puede ayudar al personal de salud a tomar conciencia sobre el escaso número de recién nacidos a los que se les hace el tamizaje neonatal, para proponer acciones que permitan revertir esta situación.

A través del SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud) y de los SEDES (Servicios Departamentales de la Salud), se debe trabajar con los establecimientos de salud para mejorar el registro y los mecanismos de análisis de la información, que incluye entre otros la sistematización y análisis de los datos de los establecimientos de salud, realizar tendencias anuales y comparaciones entre otros establecimientos para poder realizar recomendaciones para el desarrollo o seguimiento a políticas públicas para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

XVI. ANEXO 1: ASPECTOS ÉTICOS

En este estudio, se tomaron en cuenta aspectos éticos en concordancia con la publicación Aspectos Éticos para recibir Información de la Niñez y Adolescencia en el Ámbito Internacional: Guías y Recursos (Schenk y Williamson 2005), donde se destacan principios importantes recomendados para guiar las actividades de investigación.

En consecuencia, el equipo de investigación procedió de acuerdo con los siguientes criterios:

- En las actividades del componente cualitativo, se utilizó un consentimiento informado con cada adolescente participante del estudio, explicitando la voluntariedad de participación, beneficio o riesgo del estudio, la inexistencia de premios o castigos por participar y la confidencialidad. En el caso de menores de edad, el consentimiento informado fue leído a los padres o tutores, respetando sin embargo en última instancia la decisión del o la adolescente a participar o no. Asimismo, en la presentación de resultados, se emplean nombres ficticios para describir algunos ejemplos de cada municipio.
- En la recopilación de información cuantitativa de los registros administrativos (Historia Clínica Perinatal) se cubrió el nombre de la adolescente y no se registró ningún otro dato que permita la identificación de las personas. En el procesamiento de los datos se transcribió solo el número de formulario que fue asignado en gabinete y la información se expresa solo como indicadores generales.

XVII. ANEXO 2:

Establecimientos de salud en la muestra

Municipio	Nivel de atención	Establecimientos de Salud	Núm. de historias clínicas	%
Punata	2do	Hospital Punata	209	5,3%
Punata	1er	Centro de Salud Tajamar	5	0,1%
Punata	1er	Centro de Salud Capilla	22	0,6%
Tiquipaya	2do	Hospital Tiquipaya	203	5,1%
Tiquipaya	1er	Centro de Salud Ciudad Del Niño	30	0,8%
Tiquipaya	1er	Centro de Salud Linde	64	1,6%
Llallagua	2do	Hospital General Madre Obrera	116	2,9%
Llallagua	1er	Centro de Salud Siglo XX	48	1,2%
Tupiza	2do	Hospital Eduardo Eguía	144	3,6%
Tupiza	1er	Centro de Salud San Antonio	54	1,4%
Tupiza	1er	Centro de Salud Tupiza	28	0,7%
Tupiza	1er	Centro de Salud Apóstol Santiago	21	0,5%
Tupiza	1er	Centro de Salud Oploca	5	0,1%
Uncía	2do	Hospital Civil – Uncía	88	2,2%
Sucre	3er	Hospital Gineco - Obstétrico	297	7,5%
Sucre	2do	Hospital San Pedro Claver	294	7,4%
Sucre	2do	Hospital Materno Infantil Poconas	146	3,7%
Sucre	1er	Centro de Salud Unidad Municipal Litoral	14	0,4%
Sucre	1er	Centro de Salud Unidad Municipal Barrio Lindo	24	0,6%
Sucre	1er	Centro de Salud Mercado Central	24	0,6%
Sucre	1er	Centro de Salud Morro Municipal	31	0,8%
Sucre	1er	Centro de Salud Mercado Minorista	13	0,3%
Sucre	1er	Centro de Salud Villa Margarita	31	0,8%
Sucre	1er	Centro de Salud Unidad Municipal Horno Khasa	13	0,3%
Sucre	1er	Centro de Salud Holanda	34	0,9%
Sucre	1er	Centro de Salud El Rollo	41	1,0%
Sucre	1er	Centro de Salud San Antonio Bajo	32	0,8%
Sucre	1er	Centro de Salud Central Sucre	30	0,8%
Sucre	1er	Centro de Salud San Antonio Alto	26	0,7%
Sucre	1er	Centro de Salud Unidad Municipal Tinta Mayu	16	0,4%
San Lucas	1er	Centro de Salud Malliri	14	0,4%
San Lucas	1er	Centro de Salud Padcoyo	15	0,4%
San Lucas	1er	Centro de Salud Palacio Tambo	20	0,5%
San Lucas	1er	Centro de Salud San Lucas	30	0,8%
Sopachuy	2do	Hospital Villa Remedios - Sopachuy	34	0,9%
Tomina	1er	Centro de Salud Tarabuquillo	8	0,2%

Municipio	Nivel de atención	Establecimientos de Salud	Núm. de historias clínicas	%
Tomina	1er	Centro de Salud San Mauro	47	1,2%
Camargo	2do	Hospital San Juan de Dios - Camargo	92	2,3%
Camargo	1er	Centro de Salud Falsuri	5	0,1%
La Paz	3er	Hospital de La Mujer	296	7,5%
La Paz	2do	Hospital Municipal de Los Pinos	124	3,1%
La Paz	2do	Hospital La Paz	257	6,5%
La Paz	1er	Centro de Salud Obrajes	29	0,7%
La Paz	1er	Centro de Salud Chamoco Chico	70	1,8%
La Paz	1er	Centro de Salud Bajo Tejar	45	1,1%
La Paz	1er	Centro de Salud Bella Vista	67	1,7%
La Paz	1er	Centro de Salud Tembladerani	38	1,0%
La Paz	1er	Centro de Salud Bajo Tacagua	21	0,5%
La Paz	1er	Centro de Salud Villa Copacabana	13	0,3%
La Paz	1er	Centro de Salud Bajo San Antonio	19	0,5%
La Paz	1er	Centro de Salud Alto San Antonio	23	0,6%
La Paz	1er	Centro de Salud Munaypata	21	0,5%
La Paz	1er	Centro Salud El Tejar	65	1,6%
La Paz	1er	Centro de Salud Said	11	0,3%
La Paz	1er	Centro de Salud Ferroviario	12	0,3%
La Paz	1er	Centro de Salud Alto Mariscal Santa Cruz	21	0,5%
La Paz	1er	Centro de Salud Villa Victoria	19	0,5%
Viacha	2do	Hospital Municipal de Viacha	241	6,1%
Viacha	1er	Centro de Salud Jalsuri	4	0,1%
Viacha	1er	Centro de Salud Florida	42	1,1%
S. A. de Machaca	1er	Centro de Salud San Andrés de Machaca	9	0,2%
S. A. de Machaca	1er	Centro de Salud Tata Pepe	8	0,2%
Coroico	2do	Hospital General de Los Yungas "Coroico"	133	3,4%
Coroico	1er	Centro de Salud Carmen Pampa	10	0,3%
TOTALES	49	Establecimientos de Primer Nivel	1.292	32,6%
	13	Establecimientos de Segundo Nivel	2.081	52,5%
	2	Establecimientos de Tercer Nivel	593	15,0%
	64	Total General	3.966	100,0%

ÍNDICE DE CUADROS

C. 1	MUESTRA CUALITATIVA EFECTIVA	pag 05
C. 2	RESUMEN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA MUESTRA DE LOS 14 MUNICIPIOS, SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN	pag 06
C. 3	ESTRUCTURA POR EDAD DE LA POBLACIÓN 2012, SEGÚN MUNICIPIOS (PORCENTAJES)	pag 07
C. 4	POBLACIÓN DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD POR SEXO ESTADO CIVIL, SEGUN MUNICIPIOS, 2012 (PORCENTAJES)	pag 08
C. 5	SITUACIÓN CONYUGAL DE LAS ADOLESCENTES ENTREVISTADAS	pag 09
C. 6	POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD POR CONDICIÓN DE ALFABETISMO, ASISTENCIA ESCOLAR Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, SEGUN MUNICIPIOS, 2012 (PORCENTAJES)	pag 10
C. 7	POBLACIÓN FEMENINA DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD POR LUGAR DE OCURRENCIA DEL ÚLTIMO PARTO, SEGÚN MUNICIPIOS, 2012 (PORCENTAJES)	pag 11
C. 8	EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS O QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013	pag 12
C. 9	COMPARACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CASOS REGISTRADOS EN EL SNIS DE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MUNICIPIO Y EL REGISTRO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES OBTENIDO EN EL ESTUDIO A TRAVÉS DE UNA MUESTRA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	pag 15
C. 10	NIVEL DE OMISIÓN DE LLENADO DE DATOS EN VARIABLES SELECCIONADAS DE LA HCP, POR CONJUNTO DE VARIABLES	pag 16
C. 11	NÚMERO Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE TUVIERON EMBARAZOS PREVIOS	pag 17
C. 12	PERCEPCIÓN SOBRE LAS CAUSAS DEL EMBARAZO	pag 19
C. 13	FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	pag 20
C. 14	RESPUESTA DE LA SOCIEDAD ANTE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	pag 22
C. 15	ADOLESCENTES QUE PLANEARON SU EMBARAZO	pag 23
C. 16	ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC) Y ELIGIERON UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DESPUÉS DEL PARTO	pag 24

C. 17	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	pag 29
C. 18	DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES	pag 31
C. 19	ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 REPORTARON HABER SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	pag 32
C. 20	CONDICIÓN DE LA ADOLESCENTE AL EGRESO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, DESPUÉS DEL PARTO	pag 35
C. 21	MORTALIDAD PERINATAL ENTRE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN 2013	pag 35
C. 22	RELACIÓN PESO / EDAD GESTACIONAL DE LOS/LAS RECIÉN NACIDOS/AS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN 2013	pag 37
C. 23	RECIÉN NACIDOS/AS A LOS QUE LES HICIERON PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL	pag 39
C. 24	PERCEPCIÓN EN EL CAMBIO DE VIDA EN LAS ADOLESCENTES QUE SE EMBARAZAN	pag 42
C. 25	ACTITUDES DE LOS PADRES (ADOLESCENTES O NO ADOLESCENTES) AL ENTERARSE DEL EMBARAZO	pag 43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

G. 1	AUTOIDENTIFICACIÓN CULTURAL DE LAS ADOLESCENTES (N= 2.787)	pag 13
G. 2	NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 3.677)	pag 13
G. 3	ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 3.363)	pag 14
G. 4	FORMA DE TERMINACIÓN DE LOS EMBARAZOS PREVIOS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 990)	pag 18
G. 5	ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 Y NÚMERO DE PARTOS PREVIOS (N=868)	pag 18
G. 6	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013, Y QUE NO PLANIFICARON SU EMBARAZO (N=2.144)	pag 24
G. 7	MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO EN EL PERIODO POSTPARTO POR LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 1.603)	pag 25
G. 8	NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 3.912)	pag 30
G. 9	ADOLESCENTES QUE TUVIERON ALGUNA ENFERMEDAD O COMPLICACIONES ENTRE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN EMBARAZO O PARTO EN EL AÑO 2013 (N = 2.420)	pag 31
G. 10	FORMA DE TERMINACIÓN DEL PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N =2.192)	pag 32
G. 11	PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.203)	pag 33
G. 12	POSICIÓN DEL PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.420)	pag 33
G. 13	COMPAÑÍA EN EL TRABAJO DE PARTO DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.420)	pag 33

G. 14 PUNTAJE DE APGAR DE LOS/LAS RECIÉN NACIDOS/AS DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.420) pag 38

G. 15 PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIÓ AL/LA RECIÉN NACIDO/A DE LAS ADOLESCENTES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AÑO 2013 (N=2.163) pag 38

La Paz, Bolivia, 2016

**Estudio sobre el
embarazo en la
adolescencia en 14
municipios de Bolivia**

Informe final

**Estudio sobre el
embarazo en la
adolescencia en 14
municipios de Bolivia**

Informe final

