

Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
Profesional Especializada,
Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en salud sexual y reproductiva

EQUIPO TÉCNICO CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en salud sexual y reproductiva, UNFPA

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
Profesional especializada,
salud sexual y reproductiva de adolescentes, Ministerio de Salud y Protección Social

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ
Consultora de la línea de salud sexual y reproductiva de adolescentes, Convenio 036

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la línea de salud materna, Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en salud sexual y reproductiva, UNFPA

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ
Consultora de la línea de salud sexual y reproductiva de adolescentes, Convenio 036

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la línea de salud materna, Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
Consultora de gestión del conocimiento, monitoreo y evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa,
Convenio 036



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

AUTORES

OLGA LUCÍA RESTREPO
IVONNE DÍAZ
NUBIA FARÍAS
NESTOR BALCÁZAR
CARLOS A. QUINTERO
EDUARDO ROMERO
ZULMA URREGO
DIVA MORENO LÓPEZ
MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
EDGAR IVÁN ORTIZ LIZCANO

CORPORACIÓN CIENTÍFICA PEDIÁTRICA –CCP

JORGE MEJÍA LÓPEZ
Director Ejecutivo

EDGAR IVÁN ORTIZ LIZCANO
Director científico y coordinador
del proyecto

ADRIAN HORTÚA
Asistente estadístico del proyecto

YURLADI CHAVERRA
Asistente estadístico del proyecto

BEATRIZ SAAVEDRA CÓRDOBA
Coordinadora Logístico del
Proyecto

JUAN MANUEL ACUÑA
Investigadores

HUMBERTO RESTREPO
Investigadores

REVISIÓN TÉCNICA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en salud sexual y
reproductiva, UNFPA

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
Profesional especializada,
salud sexual y reproductiva de
adolescentes, Ministerio de Salud y
Protección Social

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ
Consultora de la línea de
salud sexual y reproductiva de
adolescentes, Convenio 036

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la línea de salud
materna, Convenio 036

ISBN:

“Protocolo de atención de la menor
de 15 años embarazada”.
© Ministerio de Salud y Protección
Social
© Fondo de Población de las
Naciones Unidas (UNFPA)

Corrección de estilo:
OLGA LUCÍA RIAÑO

Diseño y diagramación:
RAFAEL SANABRIA

Impresión:

Año: 2014
Ciudad: Bogotá D.C.

©Queda prohibida la
reproducción parcial o total de
este documento por cualquier
medio escrito o virtual, sin previa
autorización del Ministerio de
Salud y Protección Social.

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN

1 INTRODUCCIÓN

2 EL EMBARAZO ADOLESCENTE, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

- 2.1. Definiciones
- 2.2. ¿Cuáles son los pasos que se deben adelantar para implementar el Conpes 147 en un municipio?
- 2.3. Determinantes sociales e inequidades de salud del embarazo adolescente
- 2.4. Consecuencias del embarazo en adolescente

3 ATENCIÓN DIFERENCIADA DE LA ADOLESCENTE MENOR DE 15 AÑOS

- 3.1. Aspectos conceptuales específicos de la adolescencia
- 3.2. Aspectos normativos para brindar atención en salud a la adolescente gestante
- 3.3. Ruta crítica para la atención de la embarazada menor de 15 años
 - 3.3.1. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adulto y/o detección de un evento de violencia sexual
 - 3.3.2. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente mayor de 14 años y menor de 18 años
 - 3.3.3. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente menor de 14 años
- 3.4. Diagnóstico
- 3.5. Consejería sobre las opciones que puede tener la adolescente frente al embarazo
- 3.6. Control prenatal (CPN)
- 3.7. Atención del parto
 - 3.7.1. Admisión de la gestante en trabajo de parto
 - 3.7.2. Criterios para la admisión
 - 3.7.3. Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento)
 - 3.7.4. Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)
 - 3.7.5. Atención del alumbramiento
- 3.8. Puerperio
 - 3.8.1. Atención del puerperio inmediato
 - 3.8.2. Atención durante el puerperio mediato
 - 3.8.3. Anticoncepción postparto
 - 3.8.4. Atención para la salida de la madre y su neonato

4 CONSIDERACIONES NORMATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS PERTENECIENTES A GRUPOS ESPECIALES

5 CONDICIONES INDISPENSABLES PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS

- 5.1. Garantía del aseguramiento
- 5.2. Recursos físicos para la atención
- 5.3. Recursos humanos
- 5.4. Papel del asegurador

6 ANEXOS

Anexo 1. Tabla utilizada por la OMS que resume el proceso de crecimiento y desarrollo durante la adolescencia de Hofman y Greydanus

Anexo 2. Características de servicios de consejería, promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva

Anexo 3. Ecomapa

Anexo 4. Programa de educación para la crianza

Anexo 5. Anticoncepción en la adolescencia

Anexo 6. Directorio de entidades responsables del proceso de atención de la embarazada adolescente menor de 15 años

Anexo 7. Valoración del estado nutricional

Anexo 8. Desarrollo metodológico de construcción y validación técnica y operativa del protocolo de Atención a la menor de 15 años embarazada

BIBLIOGRAFÍA



Presentación

Las investigaciones desarrolladas desde diversas disciplinas sobre el embarazo adolescente, y de manera particular sobre el embarazo en menores de 15 años, explican de muchas formas este evento, establecen sus relaciones con una amplia variedad de determinantes sociales y analizan sus efectos sobre la vida y desarrollo de la mujer, su hijo/a, su pareja, su familia y su entorno.

De estas investigaciones se deriva, entre otras cosas, la necesidad de actuar de manera proactiva en varios sentidos: primero, para que el proceso de atención de la menor durante su gestación observe, respete, proteja y eventualmente restituya sus derechos humanos y sus derechos sexuales y reproductivos; segundo, para que el proceso de atención clínica responda de manera integral y coherente a las necesidades físicas particulares de su edad; tercero, que involucre al medio familiar y social de la menor de acuerdo con sus características particulares y sus preferencias; cuarto, para que desde el proceso de atención del embarazo se pueda evitar una nueva gestación no planeada o no deseada.

Con estas premisas se definió, desde la cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Convenio 168 de 2011 y Convenio 036 de 2012), la necesidad de construir el “*Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada*”, como un instrumento *para* orientar a los prestadores de servicios de salud en la atención integral de este grupo poblacional”.

Desde su definición inicial, el Protocolo ha sido sometido a diversas estrategias de consulta y validación con expertos y profesionales de las instituciones de salud, quienes, a partir de su conocimiento científico y de la realidad que viven en sus servicios, hicieron valiosos aportes y reconocieron el alto valor del instrumento para facilitar la tarea de atender a la menor.

Es importante anotar que el Protocolo forma parte de una serie de iniciativas y proyectos articulados y tendientes a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes, prevenir el embarazo adolescente, mejorar la calidad de los servicios de salud para las mujeres gestantes y reducir los casos de morbilidad y mortalidad materna evitable. El Protocolo le aporta a todos estos objetivos.

1

Introducción

El grupo de profesionales que diseña y propone este protocolo hace explícita su postura en la elaboración del mismo, la cual se basa en el reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, con énfasis en las menores de 14 años, quienes, según las normas del derecho penal colombiano, al encontrarse en estado de embarazo, se consideran víctimas de violencia sexual. De igual forma, desde la postura de la ciencia obstétrica, que define a la adolescente embarazada como gestante de alto riesgo por todas las implicaciones biopsicosociales que la situación comporta.

La construcción del documento tiene en cuenta la normatividad existente, el enfoque multidisciplinar y el conocimiento científico disponible, y convoca para su implementación una perspectiva objetiva y científica, libre de credos y prejuicios de toda índole.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, y en algunos desarrollados, la tasa de fecundidad específica para la población adolescente muestra una alarmante tendencia al alza. Colombia es uno de los países de la región andina con mayores tasas de embarazo adolescente (Encuesta nacional de demografía y salud – ENDS; Flórez y Soto, 2007; Organismo regional andino de salud, 2008). La tendencia al alza de esta tasa, así como las consecuencias que estas gestaciones ocasionan en las adolescentes, sus hijos, sus parejas, sus familias, la comunidad y las colectividades a las que pertenecen, han hecho que grupos de investigadores y diversos actores y sectores sociales dediquen esfuerzos al estudio del tema, para ahondar en los patrones emergentes de los comportamientos relacionados con la esfera privada (sexualidad, reproducción y familia) y se ocupen de generar alternativas de prevención y solución (Committee on Adolescence, 1989; Di Cesare, 2006).

El término embarazo adolescente, inicialmente definido por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), cuyo uso se ha difundido, determina que se trata de:

(...) un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (Gans, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989).

Sobre embarazo adolescente numerosas investigaciones han permitido conocer las circunstancias y factores determinantes; las complicaciones y consecuencias que puede desencadenar en la gestante, en el feto, en sus parejas y sus familias. Incluso investigadores desde la salud pública y las ciencias sociales han demostrado el impacto que el embarazo en la adolescencia genera en los procesos de desarrollo humano, económico y social, razón por la cual se ha convertido en prioridad para los gobiernos. Aún con más razón, para países como el nuestro donde, además de una débil y escasa oferta de servicios sociales y de educación que garanticen el desarrollo integral de los adolescentes e involucren tanto a mujeres como varones, se viven situaciones de riesgo como el desplazamiento forzado y el conflicto armado, circunstancias que han demostrado aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes. Incluso, en estas condiciones se asignan menos recursos financieros a la salud y específicamente a la salud sexual y reproductiva (UNFPA, s. f.). Por todas estas razones, algunos científicos asignan al embarazo en esta edad nombres como *síndrome del fracaso social, portada a la pobreza o fracaso del Estado social de derecho* (Climent, 2003; Hayes, 1987; Gans, McManus y Newacheck, 1991; Pacheco, 2011).

La responsabilidad frente a esta situación problema corresponde a todos los sectores sociales del Estado; sin embargo, el rol del sector de la salud es determinante en su abordaje. En primera instancia, para la prevención es imprescindible su liderazgo en la formulación y puesta en marcha de políticas, programas, acciones y servicios orientados a la mitigación de los factores que concurren en su causalidad, y centrados en promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Del mismo modo, en la atención de las adolescentes que decidan continuar su embarazo se deben proporcionar respuestas oportunas y de calidad a sus necesidades de salud, las del recién nacido; igual debe ocurrir con las demás personas afectadas de su familia que requieran indicaciones (UNFPA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, MPS, 2007; MPS, s. f.). Al sector salud también corresponde superar los factores que infortunadamente persisten en sus estructuras y se convierten en las barreras que impiden el acceso oportuno a los servicios y generan revictimización en las adolescentes y sus familias (Restrepo, s. f.).

Este documento ofrece información basada en la evidencia científica disponible y en el marco normativo vigente, para garantizar las condiciones de calidad necesarias: oportunidad, acceso, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención institucional a las adolescentes que decidan continuar con su proceso de gestación. Fue elaborado por expertos en el tema, que trabajan distintos campos disciplinares y en diferentes ámbitos del sector de la salud y que comparten el interés por abrir caminos a los

profesionales de salud y de ciencias sociales, que se enfrentan cotidianamente a brindar atención a las adolescentes embarazadas.

Es necesario aclarar que el protocolo que aquí se presenta parte del estudio acucioso de la Resolución 412 (*Norma técnica de detección temprana de las alteraciones del embarazo*) (MPS, 2000). Con el fin de aprovechar óptimamente el espacio y evitar agotar al lector, este texto contiene recomendaciones que la literatura científica, de orden nacional e internacional, propone para esta población y que no han sido incluidas en este protocolo.

Al establecer pautas para la atención de la adolescente en todas las fases que componen el proceso de gestación —detección, control prenatal, parto y puerperio—, se llena la expectativa de cuidado. Aun cuando el instrumento hace énfasis en las adolescentes gestantes menores de 15 años, es útil en la atención de adolescentes y jóvenes mayores de 15 años que comparten condiciones de vulnerabilidad. El protocolo también incluye una propuesta de estándar de consulta para asesorar a estas adolescentes sobre las opciones que tienen frente al embarazo y así poder acompañarla en la toma de decisión, según las distintas posibilidades que la normatividad vigente brinda. En adición, se da orientación a los y las profesionales para que actúen, conforme a la ley, ante adolescentes en gestación que también han sido o son víctimas de violencia y explotación sexual comercial infantil, viven en zonas de conflictos o desplazamiento, pertenecen a etnias cuya cultura pueda estimular la maternidad precoz en contra de su voluntad o son personas con discapacidad.

Tal y como se hace evidente en esta introducción, el embarazo en las menores de 15 años es un evento en razón del cual pueden verse comprometidas tanto en su salud física y emocional como en sus derechos humanos, sexuales y reproductivos y su entorno social y familiar. Ante esta reflexión y en la búsqueda de atenuar en todo lo que fuera posible el impacto de la gestación sobre este grupo particularmente vulnerable (que recibe toda la atención posible en la prevención del embarazo), el Ministerio de Salud y Protección Social en alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se dieron a la tarea de generar instrumentos, acordes con la situación, para atender a estas menores.

Para alcanzar el producto que se presenta en este documento, se realizó un proceso complejo. En primer lugar, para la construcción del protocolo se vinculó un amplio grupo de expertos que cubrieran tres ámbitos: los derechos en primera instancia, la atención durante la gestación, parto y puerperio y, por último, la anticoncepción

para el grupo de población objeto. Con el documento básico terminado, se convocó a otro grupo de especialistas, adicional a los constructores, para que participaran en la validación técnica con sus importantes aportes; posteriormente, se divulgó y sometió a la consideración de personas vinculadas al sector salud en tres regiones (Bogotá, Cali y Barranquilla), ejercicio con el que se identificó una línea de base y se consultó la viabilidad de su implementación en diferentes territorios. Por último, se realizó una prueba piloto o prueba de implementación en doce instituciones prestadoras de servicios de salud de diferentes regiones del país (el proceso metodológico se describe en el anexo 8).

Con ese proceso previo, se tiene la certeza de que el protocolo es aplicable en todos los niveles de complejidad y para los diferentes procesos involucrados, pero se hace indispensable una amplia capacitación de las personas involucradas desde el sector salud, la movilización de las autoridades para posicionar el tema en las agendas de los gobiernos departamentales y locales, y el respaldo a las instituciones para que se reconozcan a las niñas involucradas como sujetos de derechos que se deben restablecer y proteger de manera especial, como pacientes de alto riesgo obstétrico que requieren del más alto nivel de tecnología en su atención y como personas especialmente vulnerables que tienen derecho a las más altas consideraciones en su proceso de atención y para la prevención de un embarazo subsiguiente.

2

**El embarazo adolescente,
un problema de salud
pública**



2.1. Definiciones

Es importante tener en cuenta la definición de protocolo clínico como “Un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud” (Rodríguez Artalejo y Ortún Rubio, 1990; Fernández Zapata, 1996). En este sentido, el presente protocolo pretende ser el referente para estandarizar la atención integral de la adolescente embarazada menor de 15 años.

Aquí se proponen lineamientos para facilitar los asuntos relacionados con la adecuación de escenarios y recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad, integral, humanizada y respetuosa de los derechos de la adolescente.

Además, el protocolo se sintoniza con la concepción garante de los derechos de niñas y adolescentes, establecida en la Constitución Política del 1991 y en la Ley 1098 del 2006 (Código de infancia y adolescencia). Así, reitera que toda adolescente que ingresa al servicio de salud es sujeta de derechos, indistintamente de la edad, etapa de desarrollo en que se encuentre y de las características derivadas de su condición de género, raza, situación socioeconómica, cultural, política e, incluso, de su discapacidad. Se resalta que, aunque ella no cumpla con la mayoría de edad estipulada por la ley en Colombia, prima su derecho individual para tomar las decisiones autónomamente, es decir, libre de coerciones, presiones o imposiciones. Se garantiza un acompañamiento por parte de los adultos que le genere sensación de confianza y protección, como también la disposición de profesionales e instituciones idóneas y competentes para facilitarle que de manera autónoma tome la mejor decisión para su salud y su vida.

En la elaboración del protocolo se tienen en cuenta las diferentes acepciones de embarazo adolescente, por su relevancia en cuanto al aporte conceptual que cada una brinda en la comprensión de este fenómeno social, con gran impacto en la salud pública de nuestro país. Por una parte, están la definición y los términos comúnmente utilizados por expertos en el campo de la medicina adolescente, quienes usan expresiones como “embarazo adolescente”, “embarazo prematuro” o “embarazo en

edad escolar” para definir las gestaciones, por lo general no planeadas y no deseadas, que ocurren en una edad y en una etapa del desarrollo de adolescentes que no cuentan con las capacidades y condiciones necesarias para enfrentar, manejar o superar la situación y las consecuencias que este evento de salud les implica (McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989).

No obstante, este grupo de expertos (Gans, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989) ha demostrado que los riesgos y las consecuencias adversas del embarazo prematuro y del subsiguiente proceso de maternidad o paternidad no pueden ser sólo atribuibles a la inmadurez física, o psicológica de la etapa de la adolescencia, sino que deben considerarse también variables como la pobreza, la marginalidad, la desescolarización, la carencia de acceso a servicios de salud, e incluso, a la forma como se desarrolla la sexualidad en los contextos culturales (Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2009); es pertinente agregar otros elementos conceptuales que complementan las definiciones expuestas.

Se dijo que hay quienes lo enuncian como el síndrome *Portada a la pobreza* (American Medical Association Profiles of Adolescents Health, 1991; Dryfoos, 1993), en función del impacto socioeconómico que esa situación ocasiona a las adolescentes que, en su mayoría, ya viven en contextos privados de recursos y oportunidades, en los que la reproducción y la maternidad aparecen como la única estrategia de sobrevivencia.

En Colombia, Carlos Pacheco y colaboradores proponen denominar estos embarazo como *Síndrome del fracaso social*, al demostrar —mediante el análisis desde enfoques críticos sociales hechos en diversas localidades de la ciudad de Bogotá— la persistencia de inequidades y exclusiones históricas a las que están sujetas las adolescentes, sus familias y comunidades, por parte de una sociedad en donde se legitima y justifica la marginalidad con discursos y prácticas que obstaculizan el acceso a servicios y recursos necesarios para garantizar su salud sexual y reproductiva (Pacheco, 2011).

La negligencia del Estado y de la sociedad para prevenir y atender a tiempo el fenómeno descrito no solo aminora el bienestar y la calidad de vida de quienes tienen un embarazo no esperado, de quienes crecen y se desarrollan en el vientre materno, nacen en esas familias, asumen la maternidad y paternidad, o se convierten en tutores de esas familias, sino que las fatídicas consecuencias de estos embarazos también afectan a algunas instituciones, comunidades y a la sociedad en pleno (Hayes, 1987; McAnarney et al., 1978).

Esta situación se vuelve más compleja en Colombia porque el embarazo en niñas menores de 14 años se considera producto de acceso carnal violento o acceso carnal

abusivo con menor según lo estipulan la Ley 599 de 2000, artículos 205 a 209, y la Ley 1236 de 2008, artículos 1 al 6. Además, el embarazo en una mujer menor de 15 años puede implicar riesgos para su salud física y mental. En tal caso, y de acuerdo con la Corte Constitucional colombiana y con las sentencias C-355/06, T-585/10 y T-388/09, la mujer embarazada tiene derecho al aborto, amparada en la causal salud, cuando hay peligro para su vida o para su salud física o mental. Las barreras que encuentran las usuarias para acceder a los servicios y acciones necesarios para superar la condición de víctimas y resarcir sus derechos evidencian la pertinencia y relevancia de este tipo de esfuerzos por parte del ente regulador.

Es necesario aclarar que si bien se propende a establecer un parámetro mínimo y no negociable de “acciones, procedimientos, exámenes y tratamiento” que deben seguir todas las instituciones de salud para garantizar la atención a adolescentes embarazadas menores de 15 años, ello no implica que las adolescentes mayores de 15, en especial las que se encuentran en las condiciones de vulnerabilidad, sean excluidas.

La decisión para establecer la edad límite de 15 años se fundamenta, en primer lugar, en que en ese grupo se encuentran las menores que son víctimas de delitos sexuales, según lo estipulado en la ley (Código Penal colombiano); en segundo término, porque las estadísticas y el perfil epidemiológico del país indican que los recién nacidos hijos de madres pertenecientes a este grupo de edad, tienen mayor riesgo de prematuridad y bajo peso; son pequeños para la edad gestacional y presentan membrana hialina (Amaya, Borrero y Ucrós, 2005); de igual modo, es el grupo con la tasa de mortalidad materna más alta en el país (Oviedo Cruz, Lira, Ito Nakashimada y Grosso Espinoza, 2007). Lo anterior refuerza la teoría de que, a partir de esa edad, el comportamiento de las adolescentes es similar al de las mujeres mayores y ellas no deben ser analizadas como un único grupo.



2.2. Epidemiología

En los países en vías de desarrollo, cerca del 15 a 20 por ciento de todos los nacimientos corresponden a madres adolescentes. En la región andina, Colombia compite con Venezuela, Ecuador y Bolivia por el primer puesto en las tasa de fecundidad adolescente (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2011).

En Colombia, los estudios sobre demografía y salud indican tendencia de aumento progresivo de la fecundidad de adolescentes a partir de 1990. Alcanzó 20,5% en 2005 y en 2010 disminuyó un punto porcentual, quedando en 19,5 el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hija/o. La tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años fue de 90 por mil nacidos vivos en el 2005 y disminuyó a 84 en el 2010.

El aumento de la fecundidad de adolescentes se explica entre otras, por determinantes tales como: a) la edad de inicio de la actividad sexual; b) la edad de la primera unión; y, c) el uso de métodos de planificación familiar (Flórez y Soto, 2007). Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada. El 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo (Flórez y Soto). Los embarazos en adolescentes están relacionados con la edad de las adolescentes, el nivel de educación, la zona de vivienda (urbana o rural) y el nivel de riqueza. En cuanto a este último factor, el embarazo llega a ser casi tres veces mayor entre las adolescentes del quintil más bajo (29.5%) que entre aquellas de quintil más alto (7.4%).

Según el estudio a profundidad basado en las ENDS 1990-2010:

(..)en Colombia, la proporción de adolescentes madres o embarazadas se incrementó significativamente entre 1990 y 2010 al pasar de 12,8 % a 19,5 %, aunque en los últimos cinco años muestra una leve tendencia a la baja. El embarazo adolescente es más común en las zonas rurales que urbanas y mayor entre las mujeres de menor nivel socioeconómico (riqueza). Sin embargo, la tendencia creciente del embarazo adolescente de las últimas décadas se observa tanto en áreas urbanas como rurales y en mujeres de diferente nivel socioeconómico. Entre 1995 y 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumenta más en la zona urbana que en la rural, mientras que entre el 2005 y 2010 disminuye un poco en la zona urbana pero se mantiene en la rural. Por nivel socioeconómico, entre 1995 y 2005 el aumento es mayor en los quintiles más altos, disminuyendo el diferencial entre grupos: en 1995, la proporción de adolescentes madres entre los grupos más pobres es 11,5 veces mayor que entre los más ricos, mientras que en el 2005 el diferencial baja a casi 3. Por el contrario, entre el 2005 y 2010 se observa un descenso, especialmente en los grupos de mayor nivel socioeconómico, ampliando nuevamente la brecha por nivel de riqueza (Compilación normativa en salud sexual y reproductiva, 2013).

Según datos preliminares del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE (s. f.), para el año 2013 el 23,5% del total de nacidos vivos registrados son de madres menores de 19 años. De acuerdo con la población de adolescentes mujeres reportadas por el censo del año 2005 y la de los nacidos vivos de adolescentes entre los 10 y los 19 años en el 2009, Colombia tendría 38 nacidos según este parámetro por cada 1.000 mujeres adolescentes. Del mismo modo, el 16% de las muertes maternas reportadas por el DANE en el 2008, ocurrieron en este mismo grupo de edad (OMS, Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud, 2010).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, 2010 reporta que, de las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores, el 23.1% no quería embarazarse, el 29.1% no lo quería en ese momento y solo en el 47.8% era un embarazo deseado y planeado. Entre las menores de 20 años entrevistadas y que habían sido madres, el 16% no lo quería, el 47.7% lo quería más tarde y solo en el 36.3% de los casos era un embarazo planeado y deseado.

Este panorama contrasta con países desarrollados como Gran Bretaña, Canadá, Francia, Suecia y Estados Unidos. Por ejemplo Estados Unidos presentaba en el 2004 una tasa de fecundidad adolescente de 41,2 nacidos por cada 1.000 adolescentes. Estas cifras duplican las de Gran Bretaña y Canadá; cuadruplican las tasas de Francia y Suecia. En todos los casos, dos tercios de los embarazos de adolescentes son de mujeres de 18-19 años, quienes técnicamente han alcanzado la mayoría de edad. Aproximadamente un 80 por ciento de estas gestaciones son no planeadas (OMS, Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud, 2010), y cerca de un 50 por ciento termina en aborto (Barros, y Mendonca, 1991).

De acuerdo con estadísticas del DANE, la proporción de nacimientos en adolescentes menores de 15 años en Colombia aumentó de 0,91% en el 2006 a 0,98% en el 2009 y a 1,01% en 2013 (datos preliminares), lo que parece indicar una tendencia sostenida al incremento de estos casos. Este resultado varía de manera importante entre los departamentos y se constituye en un problema mayor en los territorios de la Amazonía colombiana, en donde alcanza promedios hasta de 3,64% como en el caso del departamento de Guainía. La menor proporción la reporta San Andrés con un 0,34% y solo 10 departamentos reportan resultados por debajo del promedio nacional.

En la Tabla 1 se presenta la situación de los diferentes departamentos del país, en relación con su posición frente al promedio nacional.

Tabla 1. Nacidos vivos de niñas de 10 a 14 años en relación con el total de nacidos vivos, por departamentos, en el año 2013

Departamento de residencia de la madre	Total de nacidos vivos (NV)	NV de madres de 10 - 14 años	Porcentaje de NV en el grupo de 10 a 14 años
Total	649.742	6.545	1,01
Por debajo del promedio nacional - 0 a 1,01%			
San Andrés y Providencia	874	3	0,34
Bogotá	103.226	482	0,47
Atlántico	38.604	275	0,71
Santander	30.284	216	0,71
Boyacá	16.317	120	0,74
Cundinamarca	34.091	260	0,76
Sucre	14.606	136	0,93
Huila	20.640	197	0,95
Norte de Santander	19.747	188	0,95
Valle del cauca	51.812	491	0,95
Promedio Nacional			1,01
Por encima del promedio nacional (1,02 a 1,5%)			
Risaralda	11.170	114	1,02
Bolívar	34.680	357	1,03
Magdalena	22.598	234	1,04
Nariño	17.347	180	1,04
Quindío	5.881	62	1,05
Tolima	18.670	213	1,14
Caldas	10.123	121	1,20
Casanare	6.910	83	1,20
La Guajira	11.775	149	1,27
Meta	15.325	198	1,29
Cauca	17.956	245	1,36
Antioquia	74.134	1.023	1,38
Cesar	20.455	286	1,40
Córdoba	26.628	373	1,40

Entre 1,51 y 2,0%			
Putumayo	4.155	66	1,59
Vichada	970	18	1,86
Chocó	6.044	115	1,90
Amazonas	1.151	22	1,91
Entre 2,01 y 3%			
Arauca	3.917	85	2,17
Caquetá	7.500	173	2,31
Vaupés	233	6	2,58
Guaviare	995	26	2,61
Entre 2,01 y 3%			
Guainía	577	21	3,64

Fuente: Datos de Estadísticas vitales del DANE 2013, preliminares. El cálculo de porcentaje es de los autores.



2.3. Determinantes sociales e inequidades de salud del embarazo adolescente

La tasa de fecundidad adolescente tiene relación directa con las condiciones socioeconómicas, políticas y, en general, con el nivel de desarrollo del área donde habitan las adolescentes. Esta relación explica las diferencias de las tasas y el curso que siguen estos fenómenos en cada persona, familia y comunidad.

Por eso, tales relaciones, conocidas como *determinantes sociales de la salud* (DSS), se han convertido en un asunto de mucho interés para científicos sociales y para agencias internacionales que atienden la salud. La OMS (Organización Mundial de la Salud) indica que son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades”; las que establecen el estado de salud. A su vez, esas circunstancias están configuradas por “un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (Álvarez Castaño, 2009; Castillo Venerio, 2007). Con este lente se hace el análisis de la relación que tienen variables de tipo individual, inscritas en el discurso médico como riesgos y factores “bio-psico-sociales”. De igual modo, se examinan aquellas variables que miran aspectos de tipo cultural, social, institucional, económico y político, en

grupos de personas que rodean a las adolescentes y que el discurso médico agrupa bajo la categoría de variables de aspecto sociodemográfico (Oringanje et al., 2009; Guía para la atención de la embarazada adolescente, 2006).

Entre los sectores involucrados en esta temática, el sector de la salud juega un papel múltiple. Por una parte, debe ofertar y operar servicios de atención integral al evento que nos ocupa, dando respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de salud de las adolescentes y de las demás personas afectadas en el proceso. Por otra, debe liderar esfuerzos para proponer y desarrollar políticas, programas, acciones y servicios de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente y joven.

Infortunadamente, dicho sector puede convertirse en generador de barreras que llevan al fracaso del Estado Social de Derecho, porque las y los adolescentes no logran acceder a los recursos necesarios para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. En adición, los servicios de salud comparten, con frecuencia, la conducta de victimización que sufren las personas y comunidades por parte del Estado (Kinsella, Crane, Ogden y Stevens-Simon, 2007; Goicolea, 2010).

Cuando el sector emprende acciones de prevención y atención oportuna y de calidad a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, como en Estados Unidos, podemos hablar de experiencia exitosa en el manejo de la tasa de fecundidad adolescente. Allí se ha observado una disminución continua de las gestaciones en jóvenes desde inicios de 1990, en todas las edades, razas y grupos étnicos, con un descenso más marcado en afroamericanas de 15 a 17 años. La tasa de fecundidad adolescente era de 106,1 por 1.000 nacidos vivos en 1994 y disminuyó a 76,4 por 1.000 nacidos vivos en 2002 (Buske, 2007).

El diagnóstico que realizó en 2008 el *Organismo regional andino de salud*¹ sobre el embarazo adolescente evidenció una diferencia notable dada por la condición de género: mientras que una de cada diez mujeres se convierte en madre durante el paso por la adolescencia, uno de cada cincuenta adolescentes varones es padre. Resulta paradójico que para aquellas adolescentes que viven en desventaja social, el embarazo no se percibe como problema. Todo lo contrario, para ellas esta condición se asume de manera normal, muchas veces con orgullo, en tanto que así cumplen el rol de género que le imponen las normas culturales de su comunidad.

1 Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes "Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina" / Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue / Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes - Lima: ORAS - CONHU; 2009

Sobre las consecuencias sociales, la literatura muestra, por ejemplo, que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo y de casarse y permanecer casadas. En otro contexto, estudios fisiológicos y sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluso uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia. Aunque algunos de estos estudios no implican la existencia de una conexión causal entre embarazo adolescente y los problemas mencionados, la literatura en su conjunto muestra de manera reiterativa que las repercusiones negativas del embarazo juvenil son muchas y significativas (Gaviria, 2000).

El embarazo en adolescentes está relacionado con violencia sexual, en particular si se trata de niñas menores de 14 años. La preocupación crece al constatar que gran parte de estas víctimas transitan por diversos servicios de salud sin que los profesionales que interactúan con ellas cumplan con la debida notificación o reportes de oficio de estos casos ante las instancias responsables. Con ello se pierde la oportunidad de complementar su atención integral, incluyendo los recursos para garantizar todas las terapias que la condición de la niña gestante menor de 14 años requiere, así como todas las medidas de protección, justicia y restitución de derechos.

En América Latina, entre un 10% y un 36% de las mujeres, según el país, ha sido objeto de violencia física o sexual (Buvinic, Morrison y Orlando, 2005). En Colombia, la información registrada en las encuestas de demografía y salud (ENDS) indican que el 6% de las mujeres encuestadas han sido forzadas a tener relaciones sexuales (no incluye los abusos sexuales provenientes del compañero o esposo). Por otra parte, el Forensis (Sistema de Información del Instituto de medicina legal y ciencias forenses) registra que sobre el total de dictámenes sexológicos realizados, el 85% en promedio corresponde a niños, niñas y adolescentes (NNA).

En Colombia, se registran cerca de 7.000 nacimientos de mujer menor de 15 años (DANE), de los cuales 4.600 corresponden a niñas que quedaron embarazadas siendo menores de 14 años. Teniendo en cuenta que el 84% de estos nacimientos, es consecuencia de relaciones sexuales con hombres mayores de 20 años, se definen, per se, como producto de violencia sexual o de acceso carnal violento. Dada la condición baja cultura en la notificación y registro de las violencias en el panorama de abuso sexual en niñas y adolescentes, se presume que esta situación es de mucha mayor incidencia a la percibida por las estadísticas actuales. Por último, las adolescentes en

situación de desplazamiento presentan mayores índices de embarazo; según datos de Profamilia, mientras una de cada quince adolescentes de los quintiles de mayor riqueza es madre, una de tres adolescentes en situación de desplazamiento, también lo es (Rincón Suárez, 2007).

Sobre el aborto en Colombia, Cardona Tamayo (2003) expuso datos estadísticos que dan cuenta de la inequidad de género en la problemática. El 82,5% de embarazos adolescentes terminan en abortos. A su turno, el diagnóstico sobre la región andina menciona que 70 mil adolescentes acuden a abortos en condiciones insalubres y de alto riesgo. La mayoría de los documentos América Latina y Estados Unidos coinciden en denunciar que entre el 80% y 90% de las adolescentes se ven obligadas a asumir la crianza sin el acompañamiento y apoyo afectivo y económico de los padres de sus hijos.

Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad son altamente diferenciales por estrato socioeconómico. Las adolescentes pertenecientes a los quintiles de riqueza más bajo y bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las de quintiles de riqueza alto y más alto. Los datos sugieren que el comportamiento diferencial se concatena con las percepciones sobre la maternidad de mujeres y hombres adolescentes. Para las primeras, el embarazo es visto como imprescindible y única vía para lograr respeto y reconocimiento social; mientras que en la perspectiva masculina, la actividad sexual sin protección, con diversas parejas y desligada de responsabilidad sobre la paternidad, es útil para reafirmar el valor social que despliega pertenecer al género masculino, que perpetúa así una cultura hegemónica patriarcal machista (Prieto, 2010).

Aspectos como las barreras de acceso a los servicios de SSR para adolescentes son reforzados por la actitud de los y las profesionales de salud, no ajenos a las ideologías que restringen los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y el acceso a servicios en función del valor establecido socialmente, dependiente del género, la edad, la clase social y la raza.

Investigaciones recientes evidencian que los adolescentes, aunque conocen los métodos anticonceptivos, saben poco sobre su funcionamiento y llenan los vacíos de información con mitos, imaginarios y temores que, en gran medida, hacen que los usen irregularmente. La ENDS corroboró que solo el 48% de adolescentes usuarias reciben información sobre los efectos secundarios y que sólo a una de cada tres de ellas les indicaron qué hacer en caso de presentar síntomas de ellos. Las que reciben más información al respecto son las usuarias del dispositivo intrauterino (DIU) (76%), de

la inyección (49%) y de la píldora (37%). Por otra parte, una de las pocas publicaciones atinentes a la cuestión refiere que el aborto y sus complicaciones son de alta incidencia y mortalidad debido a la falta de acceso a los métodos anticonceptivos (78%), falla en el uso de métodos anticonceptivos (22%) y altos índices de violencia y abuso sexual contra las mujeres (Wartenberg, 1999; Prada, Singh, Remez y Villarreal, 2011).

En asuntos de la sexualidad, la medicina mantiene la convención moral tradicional, a pesar de que constantemente se afirma que el discurso es libre de ideologías religiosas. En nuestro país, una investigación realizada por la socióloga Liz Rincón para la Universidad del Rosario de Colombia ilustra cómo en ese escenario institucional en particular, reina la confusión y el desconocimiento por parte del personal encargado de esta atención (Rincón Suárez, 2007; Pacheco, 2007).

Consecuentes con los resultados sobre las barreras de acceso y hallazgos epidemiológicos sobre las prácticas sexuales de adolescentes, es posible concluir que es necesario repensar y diseñar acciones de prevención y atención especial a la SSR de adolescentes en los planos individual y colectivo.

Los profesionales de salud tienen grandes oportunidades de emprender acciones que puedan marcar una diferencia entre reconocer tardíamente el ejercicio sexual en el grupo de adolescentes y llegar en el momento de la atención del embarazo o reconocer que los adolescentes son legítimamente sujetos potencialmente activos en su sexualidad, y proveer la información y los servicios que se han definido como mínimos de la garantía de la calidad, y los derechos en el campo de la sexualidad y la reproducción.

Las últimas publicaciones hechas en Estados Unidos son alentadoras pues muestran la disminución lograda, en las dos últimas décadas, en las tasas de embarazo en adolescente, gracias al esfuerzo que emprendieron los servicios de salud para asegurar el acceso al uso de los desarrollos tecnológicos para la regulación de la fertilidad. Al respecto se incluye una lista de mensajes clave que se recomiendan a los médicos que atenderán a los adolescentes (Langille, 2007).

- Muchos adolescentes inician actividad sexual a muy tempranas edades.
- Los adolescentes no acostumbran a preguntar o a solicitar de manera espontánea servicios e información sobre SSR. Hay que ser proactivo y preguntar a todo adolescente sobre su posición y situación frente a actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos y dudas sobre su salud sexual y reproductiva.

- Es una estrategia útil preparar y ensayar “guiones” o “frases” alentadoras del diálogo en torno al tema.
- Los métodos anticonceptivos deben proveerse inmediatamente, tan pronto se requiera o lo soliciten.
- La mayoría de adolescentes tienen la madurez emocional y cognitiva para recibir servicios integrales en SSR, pero gran parte de ellos desconoce que tiene ese derecho y que existen esos servicios.
- Si la adolescente decide continuar la gestación, se debe poner especial empeño y esfuerzo para garantizar el cuidado integral antes, durante y después del parto.
- Se debe hacer una consejería oportuna sobre aborto y remisión a servicios de atención con calidad, garantes de derechos, en los casos señalados por la sentencia C355/06.

Este protocolo ofrece mecanismos e instrumentos para poner en práctica estos mensajes.



2.4. Consecuencias del embarazo en adolescente

Los hijos de adolescentes tienen de dos a siete veces más riesgo de sufrir bajo peso y complicaciones perinatales y neonatales, trastornos del aprendizaje y de la conducta, desescolarización e involucramiento en conductas de riesgo cuando alcanzan la adolescencia. En los casos en que los padres son adolescentes, diversos expertos consideran que tal situación puede afectar su salud y proceso de crecimiento y desarrollo al imponerles tareas y funciones difíciles de cumplir.

A las familias de adolescentes que viven prematuramente embarazos, además de esta situación, se suman los requerimientos y necesidades que el evento en sí conlleva, deben afrontar todas las demandas que la presencia de un miembro más en la familia genera. Estas presiones las viven especialmente familias y comunidades que se encuentran debajo de la línea de pobreza, con escaso apoyo institucional y estatal, lo cual perpetúa la precariedad en las condiciones definidas como determinantes sociales que favorecen las inequidades en salud. Hay que agregar que las distintas

publicaciones de testimonios e historias de vida de jóvenes que participan activamente en el conflicto armado y en otras agrupaciones que ejercen prácticas violentas y delincuenciales, nos recuerdan que la mayoría de estas personas han sido hijos o hijas de madres y padres adolescentes (DNP, BID y CEDE-Universidad de los Andes, 2005; Sánchez, R. et al., 2004).

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad–paternidad en la segunda década de la vida. Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce futuros chances de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal al no poder cursar carreras de su elección. También les será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las relaciones de parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse con la presencia del hijo, ya que muchas de esas uniones se formalizan obligadamente por la situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos², lo que eterniza el círculo de la pobreza.

El hijo de madre adolescente tiene mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de extramatrimonial o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con esas prerrogativas.

En el padre adolescente es frecuente la deserción escolar para asumir la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres y estén sometidos a un estrés inadecuado para su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz (Issler, 2001).

A continuación se describe la evidencia recopilada frente a las consecuencias que el embarazo adolescente desencadena en el feto y en su periodo neonatal, por cuanto dependen directamente de la atención del proceso de gestación que le antecede.

² Entre 2005 y 2010, el 88% de los nacimientos en adolescentes de 10 a 19 años presentaron un periodo intergenésico de 1 a 3 años (Análisis de bases de datos – Observatorio Nacional Intersectorial de Embarazo Adolescente, a partir de Estadísticas Vitales DANE 2005-2010)

La frecuencia de bajo peso al nacer y de muerte neonatal temprana muestran un aumento a medida que disminuye la edad materna; de hecho, la tasa máxima de bajo peso al nacer ocurre entre los hijos de las menores de 15 años (OR 1,62, IC: 1,54-1,71), y entre los de madres de 18 y 19 años (OR 1,20, IC: 1,17-1,24). De igual forma, la muerte neonatal reporta un OR de 1,50 (IC: 1,33-1,70) (Conde-Agudelo, Belizán y Lammers, 2005), relación igualmente soportada por datos de la Secretaría de Salud de Bogotá (Amaya, Borrero y Ucrós, 2005). La morbilidad fetal y neonatal también se incrementa como consecuencia de la prematuridad, del bajo peso al nacer y de las infecciones perinatales; por otra parte, se ha observado también un aumento en los casos de malformaciones congénitas.

El pronóstico postparto no es menos preocupante: en lo que respecta a la salud, se han observado mayores casos de obesidad e hipertensión; en lo social, pérdida de la continuidad escolar, aumento de la dependencia, pérdida de la capacidad laboral, dificultad en la formación de pareja y mayor posibilidad de tener más hijos durante la adolescencia, factores que comprometen el futuro y ayudan a perpetuar y aumentar el círculo vicioso de pobreza y limitaciones personales.

De nuevo, muchos de los factores socioeconómicos que caracterizan a la gestante adolescente son determinantes para asociar el evento con otros como la condición de madre soltera, precario control prenatal, niveles educativos básicos y pertenencia a estratos bajos. Estos factores también pudieran guardar relación con un riesgo mayor de presentar anemia (Valero de Bernabé et al., 2004; Lira, 2005).

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) constituye uno de los más importantes problemas de la salud pública, tanto en el contexto nacional como mundial. En la literatura se referencia una menor frecuencia de este trastorno entre las gestantes adolescentes; en Colombia, Amaya y colaboradores establecieron un OR 0,6; IC: 95% 0,4 - 0,9; p 0,014 para preeclampsia. En el Reino Unido, Gupta y colaboradores reportan OR de 0,8 (0,6-0,8) para hipertensión inducida por la gestación. Sin embargo, las complicaciones por preeclampsia sí son más frecuentes y graves entre las adolescentes, comparadas con las mujeres mayores (Amaya, Borrero y Ucrós, 2005; Gupta, Kiran y Bhal, 2008).

Se ha planteado que en las madres adolescentes la pelvis ósea y, en general, el canal del parto, se encuentran en el proceso fisiológico de maduración, lo cual aumenta el riesgo de trabajo de parto prolongado. Datos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) muestran un riesgo mayor de parto instrumentado (OR 1,24 IC: 1,20-1,28) (Conde-Agudelo, Belizán y Lammers, 2005). No obstante, algunos autores han establecido evidencia contradictoria (Gupta, Kiran y Bhal, 2008).

Varios estudios indican que la endometritis posparto es cerca de dos veces más frecuente en adolescentes con respecto a mujeres adultas (OR 2,00, IC: 95 por ciento = 1,95-2,05); en el subgrupo de adolescentes jóvenes (≤ 15 años) se ha visto este evento con más regularidad, siendo hasta cuatro veces mayor con respecto a pacientes adultas (OR= 3,81, IC: 95% 3,64 – 4,00) (Conde-Agudelo, Belizán y Lammers).

La salud mental de la adolescente también necesita atención y cuidado, con especial énfasis en la prevención y diagnóstico oportuno de depresión, tanto durante la gestación como en el postparto. Esta patología registra aumento en la población adolescente en general y, si consideramos que el embarazo adolescente, como se ha expuesto, tiene claras relaciones con maltrato, violencia y disfunción familiar, es evidente que hay un terreno que propicia en estas jóvenes alta vulnerabilidad para las alteraciones psíquicas. Además, sus hijos también se verán afectados en sus condiciones de cuidado y crianza (Conde-Agudelo, Belizán y Lammers).

Un estudio realizado por el CLAP en más de tres millones de nacimientos en América Latina, encontró que la mortalidad materna en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años es de 146,5 por 100.000 nacidos vivos, mientras que la observada en el grupo de 15 a 19 años es 79,9 por 100.000 nacidos vivos y en el de 20-40 años es 88,9 por 100.000 nacidos vivos. La cifra de las menores se asemeja a la observada en mujeres mayores de 40 años, que es de 158 por 100.000 nacidos vivos.

La mortalidad infantil en madres adolescentes en Colombia es una de las más altas de la región, con 25 defunciones por cada 1.000 nacimientos (Encuesta nacional de demografía y salud, ENDS).

3

**Atención diferenciada de
la adolescente menor de
15 años**

Esta sección indica los criterios, los pasos y las acciones que dan respuesta a las necesidades y demandas específicas de esta etapa de ciclo vital y que deben seguir los profesionales de servicios de salud para garantizar una atención holística, oportuna y de calidad a la adolescente durante su proceso de gestación. Es importante aclarar que esta guía parte de los lineamientos planteados en la *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo* (Resolución 412/00 y demás que la complementen o actualicen). Por lo tanto, recomendamos la lectura previa de ese documento, a fin de complementar los conocimientos, los procedimientos y los instrumentos que guían el tipo de atención especializada que nos ocupa.



3.1. Aspectos conceptuales específicos de la adolescencia

Teniendo en cuenta que este protocolo busca orientar la atención de manera que ayude a la adolescente a consolidar su proyecto de vida mediante la prevención de las consecuencias adversas que el embarazo puede ocasionarle a su salud, resulta útil comenzar por ofrecer elementos conceptuales sobre la adolescencia que explican la necesidad de elaborar acciones diferenciadas de las recomendadas para mujeres gestantes adultas.

La “adolescencia” es un concepto configurado por científicos sociales de la época moderna en los siglos XVII, XVIII y XIX a partir del término latino *adolescere*, que significa “tránsito” de la niñez hacia la adultez. La noción ha venido cambiando en concomitancia con las grandes transformaciones sociales, lo que ha hecho difícil su delimitación y definición para planear intervenciones.

Castillo Venerio (2007) resume tres definiciones hechas desde la sociología, la psicología y la medicina. Sociológicamente, la adolescencia es una representación sociocultural que varía en cada contexto conforme al tipo de interrelación generacional como de otras relaciones que rodean o que entabla la persona durante su paso de niñez a adultez. Esta representación le da siempre un carácter transitorio porque el propósito fundamental de las relaciones con estos sujetos es que adquieran los conocimientos y

habilidades básicas para pasar a otra etapa, la adultez. Particularmente la competencia para incorporarse al trabajo y al emparejamiento, para formar una familia.

Desde la psicología, la adolescencia se concibe como una etapa de experimentación, de tanteos y errores. Es una fase en la que los estados afectivos se suceden con rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente, aspecto que desorienta enormemente a los adultos. Se asume que el comportamiento de los adolescentes está caracterizado por una inestabilidad en los objetivos, los conceptos y los ideales, derivada de la búsqueda de una identidad propia. Es, además, la etapa en la que comienzan los primeros flirteos, con los que se descubren los juegos de seducción y los sentimientos amorosos y eróticos en las relaciones interpersonales; es también de exploración, autoconocimiento y autoreconocimiento, de descubrimiento del cuerpo, incluso entre pares o entre el mismo sexo. Progresivamente las experiencias sexuales directas van sustituyendo al flirteo, como consecuencia de las transformaciones en las representaciones sociales y el desarrollo de los métodos anticonceptivos.

En el campo de la medicina, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) definen esa etapa como la que transcurre entre los 10 y los 19 años, que se desarrollaría en dos fases: la adolescencia inicial, desde los 10 a los 14 años, y la final, desde los 15 a los 19 años. En ciertas edades, la adolescencia se superpone con la juventud, entendida como el período comprendido entre los 15 y los 24 años. Ahora bien, la caracterización, especialmente de los rasgos psicosociales que describieron autores desde la psicología y la medicina ha difundido las imágenes de los valores, creencias y percepciones que de estos sujetos se forman los profesionales que los estudian y atienden.

Restrepo (2010) sugiere que para la prestación de servicios clínicos es pertinente dividir la adolescencia en fases, a fin de facilitar la planeación de las actividades. Cada fase describe diferentes actitudes hacia el embarazo y hacia la maternidad, con base en algunas características del proceso de crecimiento y desarrollo que comúnmente ocurren (UNFPA y MPS 2007; Silbert, 1983).

Adolescencia inicial: (10-13 años) La persona se ajusta a los cambios puberales, que a su vez marcan el inicio de la etapa. Se comienza a distanciarse afectivamente de los padres, siente ambivalencia sobre separarse de ellos, prefiere socializar con los “pares” del mismo sexo; conserva un pensamiento concreto, con planes del futuro muy vagos; inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación y exploración con otros pares del mismo sexo, lo que se ha mal denominado “homosexualidad funcional”, y explora la rigidez o flexibilidad del sistema moral de sus padres. En resumen, se podría afirmar que esta etapa de la adolescencia

la marca, más que todo, el crecimiento somático y el crecimiento y desarrollo de los órganos y sistemas a fin de adquirir la capacidad de funcionamiento biológico del cuerpo físicamente adulto. En este momento el embarazo puede ser percibido por las preadolescentes como un medio a través del cual logrará ambas cosas. En lugar de ser el proceso mediante el cual se procrea una nueva vida, la adolescente percibe el embarazo y su resultado como una prolongación de su propio cuerpo y vida. Esta forma de pensar explica su negación, así como su tendencia, a excluir como padre al compañero.

Adolescencia media: (14-16 años) Hay mayor distanciamiento de los padres y la persona explora diferentes imágenes para expresarse; inicia la actividad sexual con quien se identifica como pareja sexual, explora varios roles de adultos, socializa con pares de diferente sexo, se fascina por la capacidad de pensar diferente, y se centra más en sí mismo. Uno podría afirmar que durante esta etapa de la adolescencia, el desarrollo se centra más que todo en el progreso del desarrollo cognitivo y emocional. Es decir se adquiere la capacidad de funcionamiento del cuerpo “imaginario y afectivo”. En esta etapa de la adolescencia el embarazo genera sentimientos encontrados: por una parte, la adolescente tiene fantasías en las cuales logra la felicidad y la alegría gracias a la maternidad, mientras que, por otra parte, desprecia las responsabilidades inherentes al proceso. El genitor de su bebé es percibido como su futuro salvador, una solución para todas sus necesidades y problemas.

Adolescencia final: (17-19 años) La persona es ahora independiente e integra imagen corporal a personalidad; sus relaciones, basadas en el cuidado, respeto y la intimidad, son más individuales que con grupos. También ahora se definen planes y metas específicas, se tiene la capacidad de abstraer conceptos y de definir un sistema de valores e ideología. Se podría decir que durante esta etapa de la adolescencia, el desarrollo se enfoca hacia la adquisición de la competencia de acción e interacción social. Es decir, se adquiere la capacidad de funcionamiento del cuerpo “imaginario en función del poder social”. Este es el estadio en el cual debe lograrse la separación e individuación completa de quienes son sus acudientes y ejercen la labor de figuras de autoridad. Lo interesante es que en muchas culturas esto se logra gracias a la maternidad. La joven madre busca atención, apoyo y compromiso por parte de su compañero. En este estadio, la principal preocupación ya es el bienestar de su bebé

Adulto joven: según la Organización Mundial de la Salud, corresponde a las personas entre los 21 y los 24 años de edad y es la etapa en la que se consolida el individuo al fortalecer la capacidad de sustentar su papel y posición social. Se consolida la formación profesional y vocacional y la persona se prepara para asumir un rol cívico que es aceptado por su comunidad en tanto aporta, es constructivo y promueve

la convivencia, la paz y el desarrollo de él, su familia, amigos y su sociedad. En consecuencia adquirió la capacidad de aportar al mundo y ejercer su “reproducción social”. En esta etapa, el embarazo cumple el mismo papel que para mujeres y hombres adultos.

En el anexo 1 se presenta un cuadro que resume cada una de estas fases y características.



3.2. Aspectos normativos para brindar atención en salud a la adolescente gestante

Vale la pena delimitar la competencia del sector salud para poder contribuir a la prevención y atención del problema del embarazo adolescente con mayor eficiencia y efectividad. Existen declaraciones, pactos, tratados, convenciones y demás herramientas jurídicas internacionales que han sido ratificadas en Colombia. En la tabla que sigue, se listan las más importantes:

Tabla 2. Instrumentos jurídicos que se relacionan con la atención en salud de la adolescente gestante

Normas de obligatorio cumplimiento en el plano internacional	Otras declaraciones y resoluciones de Naciones Unidas, que no son obligatorias pero que establecen líneas de acción	Normatividad en Colombia mediante la cual se ratifican directrices
Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.	Cumbre Mundial a favor de la Infancia, 1990.	Constitución Política, 1991, artículos: 6, 15, 16, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 93 y 94.
Pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales, 1976.	Conferencia mundial sobre población y desarrollo. El Cairo, 1994.	Ley 1098 del 2006, por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia (noviembre 8 de 2006).
Convención sobre los Derechos del Niño, 1990.	Cumbre mundial sobre desarrollo social, Copenhague, 1995.	Política nacional de salud sexual y reproductiva, Bogotá, Marzo 22, 2003.

Normas de obligatorio cumplimiento en el plano internacional	Otras declaraciones y resoluciones de Naciones Unidas, que no son obligatorias pero que establecen líneas de acción	Normatividad en Colombia mediante la cual se ratifican directrices
<p>Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer, 1991.</p>	<p>Cuarta conferencia mundial sobre la mujer, Beijing, 1995.</p> <p>Cumbre Mundial de la Tierra, Río de Janeiro, 1997.</p>	<p>Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2013 del Ministerio de Salud.</p> <p>Ley 1122 de 2007, Decreto 3039 de 2007 y Resolución 425 de 2008.</p> <p>Decreto 1011 del 2006.</p> <p>Sentencias C-1299 de 2005 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, despenalización del aborto.</p> <p>Ley 1146 de 2007.</p> <p>Ley 1257 de 2008.</p> <p>Ley 1438 de 2011³.</p> <p>Resolución 0459 de 2012.</p> <p>Sentencias de la Corte Constitucional: T-841 de 2011, T 209 de 2008, T-388 de 2009; Sentencia T-477/95; sentencia SU 337/99.</p> <p>Acuerdos 029 de 2011 y 031 de 2012.</p> <p>Resolución 1441/2013, Actualización de estándares de habilitación de servicios de salud.</p> <p>Plan decenal de salud pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú. Resolución 1841/2013.</p> <p>Resolución 5521/ diciembre 2013. Actualización de contenidos del Plan Obligatorio de Salud - POS.</p>

³ Se puede consultar otra documentación al respecto en <http://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Paginas/Comunicado%20del%20Ministerio%20de%20la%20Protección%20Social.asp>

De la lista anterior sobresalen los siguientes aspectos, contenidos en la Ley 1098, la Ley 1122 y el Decreto 1011.

Según lo planteado en un foro sobre maltrato infantil:

(...) La Ley 1098 del 2006, Infancia y Adolescencia, define como adolescentes a aquellas personas que tienen entre 12 y 18 años de edad⁴. Dicha ley concreta en un plan detallado los lineamientos, las competencias, acciones y recursos que debe proveer el Estado en sus distintas entidades, con responsabilidad, para garantizar la protección integral y el cumplimiento de los derechos fundamentales de niñas, niños y adolescentes en Colombia⁵. En la ley se destacan los artículos 18, 20, 26, 41, 50, 51, 52, 53 y 60, que hacen referencia a la necesidad de garantizar servicios especializados para atender necesidades y garantizar la protección, así como al derecho, de niñas, niños y adolescentes a ser escuchados y a que sus opiniones se tengan en cuenta. Particularmente los artículos 41 y 52 establecen que todos los menores deben recibir servicios de salud y todo profesional que encuentre que están sin cobertura debe iniciar la ruta para garantizar la afiliación a un sistema de salud; de igual modo, deben indicar el subsidio alimentario a mujeres gestantes y lactantes de familias en situación de debilidad manifiesta” (Linares B., 2007)⁶.

La Ley 1122 de 2007 modificó el *Sistema general de salud y seguridad social (SGSSS)* y estableció las prioridades, los actores y las responsabilidades que cada actor y nivel del sistema han de cumplir frente a la tarea de promover la salud, detectar y prevenir los principales factores de riesgo y condiciones de salud. Entre las prioridades se mencionan la salud sexual y reproductiva, la salud mental y las violencias, y se definen a adolescentes y jóvenes como la población más vulnerable.

El Decreto 3039 de 2007, que adopta el Plan nacional de salud pública, establece como segunda prioridad mejorar la salud sexual y reproductiva de la población y entre sus estrategias de prevención de riesgos y superación de daños dispone la implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, para atención en

⁴ A diferencia de la definición de la OMS que acoge el Ministerio de la Protección, en la Resolución 412 según la cual la edad es de 10 a 19 años.

⁵ Véase el Proyecto de ley sobre infancia y adolescencia No. 085/05, disponible en www.alianzaporlaninez.org.co/.../documentos/Alianza/CUADRO_COMPARATIVO_PL_085_CAMARA_215_SENADO_02-06-06.pdf

⁶ Todo lo que se refiere a esta ley se copió de la presentación de Beatriz Linares Cantillo, asesora internacional de derechos humanos: “Ley de Infancia y Adolescencia frente al maltrato y la violencia infantil.” “Alianza por la niñez colombiana”. Foro: Maltrato Infantil, Plan Internacional. El País, Caracol radio, RCN radio, Noticiero 90 minutos, Noti5, Cámara de Comercio de Cali. Cali, 31 enero de 2007.

salud sexual y reproductiva con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos. Además, se disponen recursos de apoyo para su implementación en el plan de intervenciones colectivas (Resolución 425 de 2008), de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales de salud.

El decreto 1011 del 2006 obliga a las entidades prestadoras de servicios de salud a la prestación de servicios con atributos de calidad a adolescentes y jóvenes (Lira, Oviedo, Zambrana, Ibargüengoitia y Ahued, 2005).

Para concluir esta sección, se remite al anexo 2, que resume la competencia del sector salud y las habilidades que deben desarrollar quienes atienden a las menores de edad⁷.

Dentro de la calidad de la atención es de vital importancia establecer espacios en los que la privacidad y la confidencialidad se respeten en la medida que la situación lo requiera, sin olvidar la pautas dictadas por la legislación acerca de la privacidad de la consulta, establecidas para minimizar los riesgos que la reserva puede implicar para la joven o para su tratante. A este respecto se recomienda practicar toda exploración ginecológica con la presencia de una familiar de confianza de la paciente o algún miembro del equipo de salud, a menos que la paciente exprese clara y enfáticamente su deseo de ser examinada en privado. Ante esta circunstancia, se debe documentar en la historia clínica dicha situación.

Por otra parte, los beneficios de la consulta, y principalmente del interrogatorio en un entorno privado, pueden ser útiles desde la perspectiva de identificar la posibilidad de situaciones de abuso o violencia sexual y el maltrato. Pero también pueden favorecer el enfrentamiento de la paciente con su nueva responsabilidad al desligarla un poco de la presión familiar y, finalmente, explorar su pensamiento acerca de la sexualidad y así poder hacer un mejor acercamiento a la intervención en el puerperio.

Se refuerza la importancia de desarrollar acciones orientadas a la prevención del tipo de embarazo que contempla este protocolo. Tales acciones deben buscar motivar a las adolescentes a posponer el inicio de relaciones sexuales hasta tanto cuenten con madurez y recursos suficientes para garantizar su bienestar. Es importante recordar que la capacidad de reproducción biológica antecede en por lo menos siete años a la capacidad de reproducción social o madurez psicológica y social⁸.

⁷ Al respecto se puede revisar lo propuesto por O. Restrepo en, “Documento marco para orientar acciones en torno a promoción, prevención, detección, atención integral y vigilancia de la violencia intrafamiliar desde y para servicios e instituciones del sector salud”, en convenio del ICBF con el BID: “Modelos de atención para la prevención, detección y tratamiento de la violencia doméstica”, realizado en 2007.

⁸ Información adicional referente al marco normativo se encuentra en la Compilación normativa en salud sexual y reproductiva de 2013.

3.3.1. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adulto y/o detección de un evento de violencia sexual

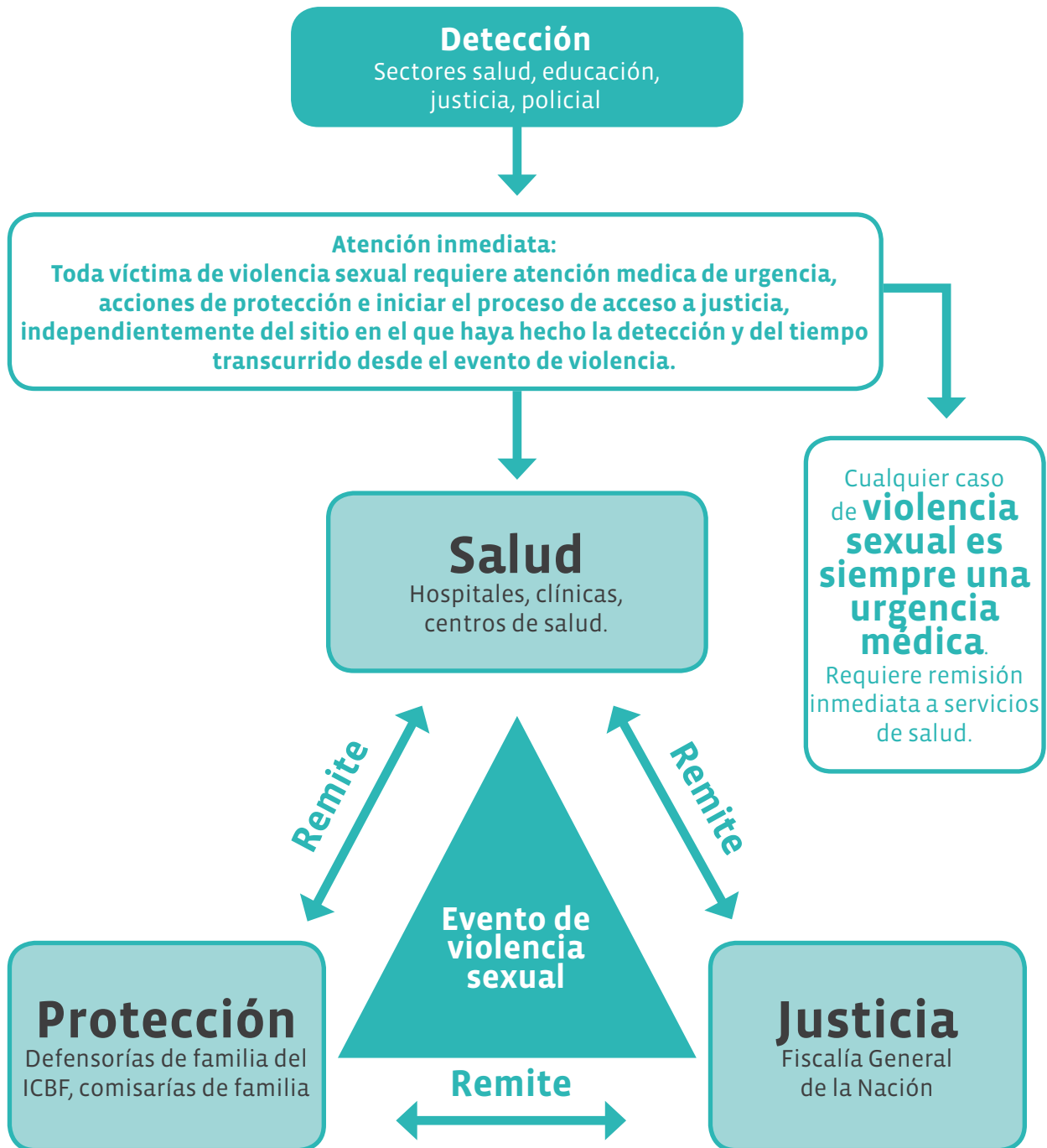
Independientemente de si el caso de violencia sexual es detectado por el sector salud, justicia o protección, se deben activar las rutas de intervención de los demás sectores comprometidos en la restauración de derechos de las víctimas. Cada uno de los sectores a los que puede llegar el caso tiene una ruta interna, pero, a su vez, una ruta intersectorial que debe activar a los otros dos sectores para dar inicio al proceso de restablecimiento de los derechos de la víctima.

Si el caso lo recibe el sector justicia (alguna entidad encargada de la recepción de denuncias o de la investigación de los delitos sexuales: Fiscalía, Policía Nacional, comisarías de familia), debe activar inmediatamente al sector salud (preferiblemente a un servicio de urgencias de un hospital), puesto que cualquier caso de violencia sexual es una urgencia médica, y la víctima, independientemente del tiempo transcurrido desde el evento de violencia sexual, requiere y tiene derecho a intervención para el restablecimiento de su salud física y mental (incluyendo la asesoría para IVE). De igual forma, por tratarse de una víctima menor de 18 años de edad, el sector justicia activa la ruta de protección, en cabeza del defensor de familia del ICBF para que se dé inicio al proceso de restablecimiento de derechos y se tomen las medidas de protección integral a las que tiene derecho la víctima.

Cuando el caso es recibido por el sector justicia, al igual que en la anterior ruta, se activa de manera inmediata la atención en salud para la víctima como urgencia médica (en salud física y mental, además de asesoría en IVE, bien sea por causal violencia sexual o por la causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre) y se activa la protección por ICBF para la atención correspondiente y el proceso de restablecimiento de derechos de la niña.

Estos casos son remitidos al sector justicia, al Sistema de responsabilidad penal adolescente, con fiscales y jueces especializados que evaluarán la necesidad de perseguir o no penalmente al adolescente, ya que en esta situación específica puede no haberse presentado el abuso de una asimetría de poder o fuerza que diera como resultado el embarazo. Esto teniendo en cuenta que el delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años fue incluido en el código penal nueve años antes de que se

Gráfica 1. Ruta de atención intersectorial para menores de 18 años víctimas de violencia sexual.



Fuente: Construcción a partir de la Resolución 0459 de 2012 -MSPS. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

aprobara la ley 1098 de 2006, es decir, cuando solo los adultos mayores de 18 años podían ser responsables penalmente por este delito.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección; sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado para el sector justicia, en estas circunstancias hay que prever que las parejas de adolescentes embarazadas eviten asistir a los servicios médicos por miedo a la judicialización. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación sociofamiliar en el medio, la cual permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone (Resolución 0459 de 2012).

Finalmente, si el caso es identificado por el ICBF, se repite la ruta anterior y se activa la instancia salud para atención de urgencia. Como en este caso el ofensor tiene entre 14 y 18 años, se acude al Sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA) y no a la Fiscalía, a donde se si se tratara de un agresor mayor de 18 años.

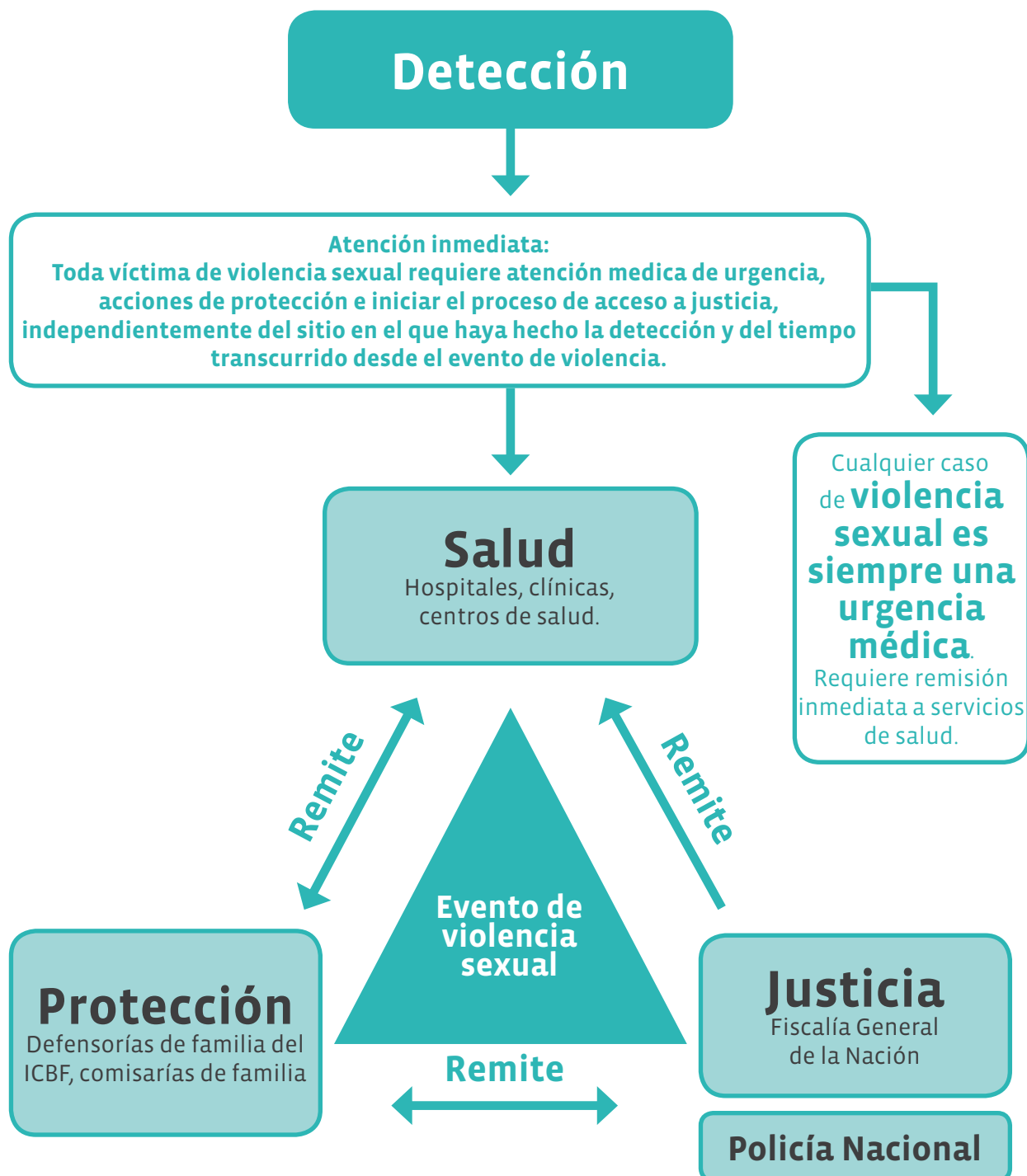
3.3.2. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente mayor de 14 años y menor de 18 años

Otra situación que puede presentarse es que el embarazo sea producto de un contacto sexual de la niña con un adolescente entre los 14 y los 18 años. En este caso la ruta varía por las siguientes especificidades (gráfica 2).

Cuando el caso es recibido por el sector justicia, al igual que en la anterior ruta, se activa de manera inmediata la atención en salud para la víctima como urgencia médica (en salud física y mental, además de asesoría en IVE, bien sea por causal violencia sexual o por la causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre) y se activa la protección por ICBF para la atención correspondiente y el proceso de restablecimiento de derechos de la niña.

Estos casos son remitidos al sector justicia, al Sistema de responsabilidad penal adolescente, con fiscales y jueces especializados que evaluarán la necesidad de perseguir o no penalmente al adolescente, ya que en esta situación específica puede

Gráfica 2: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas, víctimas de violencia sexual (cuando el padre es mayor de 14 y menor de 18 años).



Fuente: Construcción a partir de la Resolución 0459 de 2012 -MSPS. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

no haberse presentado el abuso de una asimetría de poder o fuerza que diera como resultado el embarazo. Esto teniendo en cuenta que el delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años fue incluido en el código penal nueve años antes de que se aprobara la ley 1098 de 2006, es decir, cuando solo los adultos mayores de 18 años podían ser responsables penalmente por este delito.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección; sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado para el sector justicia, en estas circunstancias hay que prever que las parejas de adolescentes embarazadas eviten asistir a los servicios médicos por miedo a la judicialización. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación sociofamiliar en el medio, la cual le permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone (Resolución 0459 de 2012).

Finalmente, si el caso es identificado por el ICBF, se repite la ruta anterior y se activa la instancia salud para atención de urgencia. Como en este caso el ofensor tiene entre 14 y 18 años, se acude al Sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA) y no, a la Fiscalía, a donde se si se tratara de un agresor mayor de 18 años.

3.3.3. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente menor de 14 años

Esta situación es poco frecuente (0,8% de los casos según datos DANE de nacidos vivos en 2008) y, por las características del delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años, si el embarazo es producto del contacto sexual “consentido” entre dos menores de 14 años, no podría en estas circunstancias existir un agresor (puesto que los menores de 14 años no son responsables penalmente) y una víctima, dado que ambos cabría la misma calificación. Así las cosas, cuando está claro que no se trata de un evento de violencia sexual (por la presencia de factores diferentes a la edad), las rutas descritas cambian y se rigen por las siguientes premisas y procesos:

En esta situación no hablamos de un evento de violencia sexual, pues se trata tanto jurídicamente como desde el aspecto biopsicosocial de una problemática de embarazo

Gráfica 3: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas (cuando el padre es menor de 14).



Fuente: Construcción a partir de la Resolución 0459 de 2012 -MSPS. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

temprano que afecta a niño y niña de diferente forma y requiere una intervención oportuna e integral para proteger los derechos de ambos, incluyendo la asesoría en IVE por causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre.

Si la situación llega al conocimiento de las autoridades del sector justicia (alguna persona pudo haberlo denunciado) no se inicia una investigación penal, pero sí se activa inmediatamente la remisión a salud, puesto que la vida de la niña embarazada corre un alto riesgo y ambos menores requieren intervención integral en salud. De igual forma y por su ruta interna, las autoridades deben activar también al sector protección para dar inicio al proceso de acompañamiento de los niños en esta situación específica que amenaza sus derechos.

Si el sector salud identifica la situación y, reiteramos, no se trata de un evento de violencia sexual, activa al sector protección de la misma forma y con los mismos fines mencionados en el anterior párrafo.

De igual modo, si el caso es identificado por el sector protección, este solamente se remite a salud a la niña con evento obstétrico para que reciba la atención adecuada. En todos los casos, la responsabilidad del sector salud es activar la ruta crítica.



3.4. Diagnóstico

Es poco frecuente que las adolescentes consulten a los servicios de salud para diagnosticar tempranamente la presencia de un embarazo. Lo común es que ellas consulten por motivos distintos de los que genera un embarazo. Muchas veces sus consultas son síntomas vagos que sugieren problemas psicosomáticos. Lo descrito hace necesario que azucemos nuestras habilidades para identificar signos sugestivos de embarazo como:

- Ausencia de la menstruación: recordar que son muy comunes los ciclos menstruales prolongados (oligomenorrea)
- Fatiga / cansancio

- Aumento de la sensibilidad y tamaño de los senos
- Distensión abdominal
- Náuseas / vómito / mareos
- Cefalea / desmayos
- Aumento de la frecuencia urinaria
- Cambios en el patrón alimenticio
- Cambios en el patrón del sueño
- Disminución del rendimiento escolar
- Cambios en las relaciones con la familia y el entorno social

Una vez que se ha realizado un amplio interrogatorio, se ha hecho una historia clínica completa (para esta tarea se debe disponer de suficiente tiempo) y se ha terminado el examen físico, podemos encontrar:

- Cambios de peso (principalmente aumento)
- Secreción mamaria
- Aumento del perímetro abdominal
- Palpación del útero en el hipogastrio
- Cambios en la piel: hiperpigmentación facial, de la línea media y estrías
- Cérvix y fondos vaginales violáceos (detectables con vaginoscopia)
- Cuello reblandecido, aumento del tamaño uterino, presencia de “pulso” en las caras laterales del útero (detectables al tacto vaginal).

Estos dos últimos exámenes se practicarán solo ante una elevada sospecha o confirmación de la actividad sexual de la paciente y se establecerá la necesidad de una acompañante de acuerdo con la edad y las reglamentaciones legales e institucionales, según se indica claramente en anexo 1 y en apartados anteriores. Es importante también anotar aquí que se puede diferir el examen ginecológico, dependiendo de las circunstancias propias del momento.

El diagnóstico debe confirmarse con:

- Prueba de beta-HCG (gonadotropina coriónica humana) en sangre u orina, según la disponibilidad del sitio de atención. Hoy en día esta prueba se hace confiablemente

positiva a los 10–14 días después del último coito sin protección y exige cuidado en su interpretación. Si existe duda, es mejor recurrir a la opinión de un especialista.

- Ecografía transvaginal (en los embarazos inferiores a la semana diez y muy útil para establecer o confirmar la edad gestacional). Esta ecografía será mandatoria en menores de 14 años, según se explica más adelante en el *Cuadro de seguimiento ecográfico*.
- En los embarazos mayores a 10 – 12 semanas:
 - Ecografía transabdominal (la cual también hace parte del control de rutina).
 - Presencia de la frecuencia cardiaca fetal; auscultación con cualquier dispositivo disponible.
 - Identificación de las partes fetales a través de la palpación abdominal, si se tiene la experiencia para hacerlo, hacia la mitad del embarazo.



3.5. Consejería sobre las opciones que puede tener la adolescente frente al embarazo

Una vez hecho el diagnóstico, la adolescente cuenta con tres opciones respaldadas por la ley: interrumpir voluntariamente el embarazo, llevarlo a término y asumir la maternidad, o entregar al recién nacido en adopción.

Ante la frecuente pregunta acerca de la opción del aborto inducido o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el profesional debe ser claro, asumir una actitud neutral y laica para poder brindar la información.

En Colombia, el embarazo en niñas menores de 14 años se considera producto de acceso carnal violento o acceso carnal abusivo con menor. A partir de la sentencia C-355 de 2006, el aborto no constitutivo de delito está autorizado bajo tres causales específicas:

(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida, o de incesto (sentencia C-355 de 2006).

Cualquiera de ellas, o varias de manera concomitante, pueden encontrarse en una adolescente embarazada menor de 15 años.

El embarazo en una mujer menor de 15 años puede implicar riesgos para su salud física y mental. En tal caso y de acuerdo con la Corte Constitucional colombiana, la mujer embarazada tiene derecho al aborto cuando hay peligro para su vida o su salud física o mental, amparada en la causal salud (sentencias T-585/10, T-388/09, C-355/06):

En estos casos, por tratarse de una mujer embarazada menor de 14 años, la presentación de la denuncia por delito sexual se torna en una mera formalidad, y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo cuando sea solicitada (Resolución 459 de 2012; sentencias T-209/08, C-355 de 2006).

No pueden exigirse a las niñas requisitos adicionales a los contemplados en la sentencia C-355 de 2006 para acceder a una IVE, a saber: a. certificado médico expedido por médico/a o psicólogo/a para establecer la causal salud; b. certificado médico para establecer la causal malformación fetal incompatible con la vida (sentencias T-841 de 2011, T-388/09 y C-355/06).

Se prohíbe interponer obstáculos a las mujeres para el acceso a IVE bajo las causales despenalizadas en la sentencia C-355 de 2006, así:

Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C-355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se

encuentran, entre otras: realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido; impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción; imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos; alegar objeción de conciencia colectiva que desencadena, a su turno, objeciones de conciencia institucionales e infundadas; suscribir pactos —individuales o conjuntos— para negarse a practicar la interrupción del embarazo; acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, sea por cuanto estos(as) profesionales de la medicina son víctimas de discriminación en el momento en que se efectúa su vinculación laboral o por cuanto, una vez vinculados(as), reciben presiones en el sentido de abstenerse de practicar abortos; descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el estatus de profesionales de la salud; ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrarreferencia imprescindibles para atender eventos en los que el servicio médico —en este caso la práctica del aborto inducido— no está disponible en el centro hospitalario al que acude la paciente; no disponer dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo (sentencias T-841/11 y T-388/09).

Si el médico/a objetor/a de conciencia es el único prestador del servicio de salud disponible, no podrá hacer uso de su derecho a objeción (sentencias T-209/08, T-946/08, T-388/09, C-355/06):

Los servicios de interrupción del embarazo bajo las hipótesis contempladas en la sentencia C-355 de 2006 deben estar disponibles en todo el territorio nacional -bajo estricto seguimiento de los postulados de referencia y contrarreferencia- y las mujeres en estado de gravidez han de poder acceder a los mismos en todos los niveles de complejidad que lo requieran (...). Los departamentos, distritos y municipios están obligados a asegurar la suficiente disponibilidad de servicios de la red pública con el propósito de garantizarles a las mujeres gestantes el acceso efectivo al servicio de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de calidad y de salubridad (sentencia T - 388/09).

De acuerdo con el Derecho Constitucional, es inadmisibile que transcurran más de cinco días entre la solicitud y la realización de la interrupción del embarazo, especialmente en el caso de mujer menor de 14 años, y la decisión de la niña prima sobre la de sus padres (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 459 de 2012 y sentencias T-841 de 2011, T 209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006).

El Código de Infancia y Adolescencia establece que:

En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona.

Así mismo, expresa que “en caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente” (Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia, artículo 9).

En razón a la violación persistente del derecho amparado constitucionalmente de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de las causales específicas establecidas en la sentencia C-355 de 2006, la Sala de Revisión de la Corte Constitucional, ha dispuesto:

Numeral séptimo: Ordenar la Superintendencia Nacional de Salud que, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la comunicación de la presente sentencia, por los medios que considere efectivos y adecuados, inicie acciones tendientes a informar a las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud que:

(i) Deben responder de forma oportuna las solicitudes de IVE y que un término razonable para ello, y para realizar su práctica —de ser médicamente posible— es de cinco (5) días.

(ii) Las E.P.S a quien se les solicita la práctica de la IVE con base en una certificación médica de un profesional externo debe proceder, si lo considera necesario desde el punto de vista médico, a refrendarla o refutarla científicamente a través de sus profesionales de la salud, con base en la condición médica particular de la gestante, pero tal trámite debe darse en todo caso dentro de los cinco días que constituyen el

plazo razonable para contestar la solicitud de IVE y proceder a la misma. De superarse este término se debe proceder a la IVE con base en el concepto del médico externo (sentencias T-841 de 2011, T 209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006).

De manera independiente a que el embarazo en la mujer menor de 14 años sea producto de acceso carnal violento o de una relación abusiva, la institución de salud debe activar las rutas interna y externa para la atención a víctimas de violencia sexual (de acuerdo con la dinámica propia de cada IPS) y está obligada a un abordaje de tipo integral, multidisciplinario e intersectorial, según las disposiciones establecidas en el Modelo y el *Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual* (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social).

Los componentes para una adecuada atención en la práctica médica de una interrupción voluntaria del embarazo deben ser consultados en el numeral 2.8, paso 8, del *Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual* citado.

Cabe recordar que es imprescindible realizar todos los esfuerzos requeridos para evitar la revictimización de la mujer, evitar todo tipo de exposición innecesaria y velar por que se cumpla con la confidencialidad del caso.

De igual manera, la Ley 1146 de 2007, por medio de cual se “expiden normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”, en el capítulo III establece disposiciones para la atención de niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, y determina la responsabilidad de los actores del SGSSS, público y privado, de todos los niveles de complejidad, de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. Lo anterior, permite poner a disposición de la niña menor de 14 años embarazada todos los recursos disponibles, de acuerdo con su condición de salud, a partir de información veraz, completa y oportuna que le sea brindada por el equipo de salud, para que pueda, en libertad de conciencia, realizar un ejercicio autónomo y consiente que le permita determinar su intención reproductiva del embarazo en curso.

De igual modo, la Ley 1257 de 2008, “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”, en sus artículos 8 y 13 reitera los derechos de las víctimas de violencia a recibir atención integral de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, así como a promover el respeto de las decisiones de las niñas sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Cuando una adolescente embarazada está informada y expresa que desea llevar a término el embarazo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) debe brindar apoyo psicosocial especializado a la madre y al padre adolescentes para que puedan permanecer con su hijo o hija, o para otorgar el consentimiento libre e informado para darlo en adopción (Código de Infancia y Adolescencia, artículo 66). Al respecto, la legislación orienta sobre que ningún recién nacido podrá ser separado de su madre adolescente o mayor de edad antes de cumplir el mes de edad (Directiva No. 17 del 8 de octubre de 2007 de la Procuraduría General de la Nación). No obstante lo anterior, debe primar la decisión de la niña madre, de acuerdo con el respeto a sus decisiones sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, promovidos en diferentes sentencias de la Corte Constitucional (T-841 de 2011, T 209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006) y según la Ley 1257 de 2008, lo que ya se mencionó en este documento. Para suplir estas necesidades se cuenta con programas especializados en apoyo a madres gestantes y lactantes adolescentes, a los cuales pueden acceder aquellas embarazadas menores de 15 años, entre otras, que expresan de manera informada su deseo de llevar a término el embarazo.

La adolescente que decide continuar la gestación, con su familia, tiene el derecho a recibir información y educación sobre todo lo referente a la puericultura, como “el arte de la crianza de los hijos”. Esta información se ofrece como una herramienta de gran utilidad para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, (ODM) (Departamento Nacional de Planeación, 2011). Enseñar a aprender sobre el tema a las gestantes y madres adolescentes, así como a los padres y las familias gestantes, destaca la importancia de la educación y la comunicación, como tareas ineludibles, si se trata de llevar a la práctica la política de la primera infancia (Romero Rey, 2007).

La Corte Constitucional, frente a la autonomía de la niña menor de 14 años, reconoce el proceso creciente de la madurez como fruto del crecimiento y el desarrollo cognitivo de las personas, lo cual permite el ejercicio del derecho a decidir con base en el pensamiento hipotético deductivo, que permite prever consecuencias de los hechos y las conductas asumidas. Estas consideraciones son presentadas por la Corte Constitucional con una base científica, además por considerar que la mayoría de las veces los agresores son adultos, familiares cercanos y convivientes con la niña víctima.

Con base esta jurisprudencia se ha desarrollado las propuestas y reflexiones antes expuestas.



3.6. Control prenatal (CPN)

La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, ojalá en el primer trimestre (antes de las semanas 10 y 11). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las jóvenes inician su CPN de forma tardía debido a diferentes circunstancias:

- Identificación tardía de su condición.
- Temor a que su estado sea revelado en su entorno familiar y social.
- Desconocimiento de a dónde o cómo acudir.
- Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.
- Ausencia de servicios de protección social.
- Poco entendimiento y conciencia para asumir la postura y cuidado que su condición requiere.
- La periodicidad del CPN debe intensificarse en la adolescente menor de 15 años ya que la evidencia demuestra que generalmente presentan más riesgo.

En general las adolescentes requieren controles prenatales con mayor periodicidad si presentan alguna de las condiciones expuestas en la tabla 3.

Tabla 3. Condiciones indicativas de mayor requerimiento de control prenatal

Área	Condiciones indicativas
ANTECEDENTES	<ul style="list-style-type: none">• Trastornos alimentarios (bulimia, anorexia)

MÉDICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad física o mental • Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preclamsia-eclampsia, anomalías congénitas, abrupcio y placenta previa) • Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa) • Diabetes y patologías renales • Enfermedades autoinmunes • Hipotiroidismo • Cardiopatías • Coagulopatía • Infecciones como la malaria, tuberculosis, dengue
ESTADO ACTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia, inicio tardío o mala calidad del control prenatal • Talla: menos de 1.50 m • Estado nutricional: IMC < 18.5 o > 25 (desnutrida u obesa) (véase anexo 7 - Valoración nutricional) • Adolescente multigestante: más de un evento obstétrico previo • Adolescente soltera o sin compañero, o sin apoyo conyugal • Embarazo producto de violación o incesto • Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales • Patología concurrente : <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Fiebre • Cefalea y epigastralgia • Hipertensión arterial • Edema o anasarca • Disnea • Embarazo múltiple • Taquicardia o bradicardia fetal • Distocia de presentación • Distocias de partes blandas y óseas • Cualquier otra condición según criterio clínico.

Área	Condiciones indicativas
CONDUCTAS DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes farmacodependientes, alcohólicas, drogadictas y con tabaquismo • Adolescentes con rebeldía y hostilidad • Adolescentes con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo • Adolescentes deambulantes o trabajadoras del sexo
I.T.S.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes con VIH positivo o SIDA • Adolescentes con VDRL positivo • Presencia de condilomas • Otras infecciones de transmisión sexual
RIESGO PSICOSOCIAL PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de instrucción: analfabeta o primaria incompleta, adolescentes que han desertado del sistema educativo • Adolescentes que niegan, rechazan o no aceptan el embarazo y, por ellas, también su pareja o su familia • Adolescente con ideas persistentes de aborto o presionadas por la pareja o la familia para abortar • Adolescentes con problemas en las relaciones de pareja, de familia y amigos(as) • Adolescentes con ansiedad o depresión severa, con ideas suicidas o con depresión postparto • Adolescentes sin proyecto de vida definido
RIESGO PSICOSOCIAL FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes agredidas por sus compañeros, sus padres o parientes. • Adolescentes que son abandonadas o rechazadas por la familia debido al embarazo. • Adolescentes de familias que no satisfacen las necesidades básicas o que están bajo la línea de pobreza y que son dependientes económicamente.

El siguiente cuadro detalla lineamientos que se deben seguir durante el control prenatal, que determinan una atención diferenciada para la gestante menor de 15 años:

Tabla 4. Lineamientos de atención diferenciada a la gestante menor de 15 años

Cita de primera vez: duración 40 minutos. Control prenatal : duración 30 minutos.
Remite a obstetricia, desde el momento de la captación o identificación de la paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria.
El control prenatal se hará en conjunto entre el obstetra cada cuatro semanas y el equipo interdisciplinario de I nivel (médico general y/o enfermera), también cada cuatro semanas, intercalando la atención cada dos semanas. Según criterio, la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34.
Valoración y manejo nutricional por nutricionista, desde el inicio del control prenatal. La periodicidad dependerá del criterio profesional (anexo 7 – Valoración nutricional).
Valoración y manejo recomendado por personal entrenado en salud mental, desde el inicio del control prenatal. La periodicidad dependerá del criterio profesional.
Valoración y acompañamiento por trabajo social desde donde se debe coordinar, con equipo psicosocial del ICBF, un plan de protección.
Actividades individuales y grupales de educación para el cuidado de la gestación, puericultura y crianza (anexo 3).
Valoración por pediatría al inicio de los controles prenatales y hacia el final del mismo con el propósito de desarrollar temas de puericultura prenatal y postnatal.
Remisión en la semana 34 de gestación a la institución que atenderá el parto a fin de que ella se familiarice con el equipo tratante y se planee con anticipación la atención. La institución será la de más alta complejidad en la región. A partir de esa semana se hará control por parte de obstetricia de manera semanal hasta el parto.
Valoración preanestésica en la institución donde se va a atender el parto.

En particular, las consultas de control prenatal de las adolescentes gestantes, en aras de pertinencia y oportunidad, deben ofrecer flexibilidad en los horarios para facilitar acceso, aceptación y adherencia al programa.

Las menores de 14 años deben estar acompañadas por adultos de su confianza, que demuestren capacidad de protección.

Se sugiere diligenciar la historia clínica de CLAP y los respectivos instrumentos para efectos de notificación y reporte de oficio. Todo este procedimiento requiere una disponibilidad de por lo menos 40 minutos para ser completado con calidad y garantías.

La siguiente tabla lista los componentes de la historia clínica, los exámenes, medicamentos y acciones que están incluidas en la atención diferenciada y complementan las recomendaciones del control prenatal, especificadas en la Resolución 412:

Tabla 5. Características de la atención diferenciada por los componentes del control prenatal

Componentes	Características
Datos de identificación de la gestante	Datos de los padres o acompañantes en menores de 14 años que garanticen la posibilidad de contactarlos en caso necesario.
Datos de identificación familiar y de la red de apoyo	Datos y recursos de apoyo familiar y social con que cuenta la adolescente (nombre, edad, ubicación geográfica, parentesco, dependencia económica, nivel educativo, antecedentes judiciales de por lo menos el acompañante y la pareja). Se recomienda la elaboración del ecomapa (MPS, 2006) para la evaluación, planeación e intervención que puede hacerse al individuo y la familia (anexo 3).

Antecedentes	<p>Profundizar en información sobre antecedentes ginecoobstétricos. Antecedentes ginecológicos: edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cirugía ginecológica e historia y tratamientos de infertilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de anticoncepción, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo. Si planificaba al momento de quedar embarazada, detectar la falla; si no lo hacía, explorar por qué. • Evaluar el estado de las inmunizaciones y recomendar la vacunación según los protocolos en caso de embarazo.
Examen físico	Tomar medidas antropométricas: peso, talla, IMC, altura uterina, y valorar el estado nutricional [B3b] (11).
Laboratorios	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantienen lo dispuesto por la Norma 412 y por la GAI. • Solicitar ferritina según criterio médico en casos de sospecha de anemia
Suplementación	<ul style="list-style-type: none"> • Carbonato de calcio 1.2 gr (con 400 UI de vitamina D en pacientes de pertenecientes a clases más desfavorecidas, desnutridas y con bajo peso) desde la primera visita hasta el final del embarazo. • Suplemento nutricional: según criterio de nutrición (se recomienda elaborar un folleto con indicaciones básicas ajustadas a las características regionales).
Seguimiento ecográfico	<p>Se deben realizar al menos tres estudios ecográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primero entre las semanas 11-14 para confirmación de edad gestacional y evaluación de marcadores ultrasonográficos de aneuploidia. • El segundo entre las semanas 18-22 para valoración de anatomía fetal, marcadores ultrasonográficos de aneuploidia de segundo trimestre y cervicometría vaginal. • El tercero entre las semanas 34-38 para evaluación de crecimiento y cálculo de peso fetal, presentación, localización placentaria y volumen de líquido amniótico. <p>Se podrán realizar estudios adicionales si alguna condición de riesgo o morbilidad asociada lo amerita.</p> <p>Las ecografías de detalle se reservarán para los casos en los cuales se requiere diagnóstico específico y seguimiento, como la ecocardiografía fetal o ecografía doppler.</p> <p>Si la gestante ingresa por fuera del primer trimestre, la primera ecografía se realiza al momento de la primera consulta.</p>

Es fundamental aprovechar todo encuentro con la adolescente y su familia para brindar educación que les permita conocer los factores que intervienen para llevar a término la gestación así como incorporar los elementos necesarios para desarrollar habilidades que faciliten la crianza. En general, y de acuerdo con las metas señaladas por UNFPA, “facultar a los adolescentes y jóvenes dotándolos de aptitudes prácticas para que plasmen en la realidad sus sueños”. En el anexo 4 se exponen los contenidos mínimos de un curso de puericultura. Este curso puede iniciarse en el II trimestre con el ánimo de que las jóvenes tengan la oportunidad de repetir o revisar algunos tópicos. Igualmente se debe efectuar en horarios que estén de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de las gestantes y sus parejas.

En cuanto a la hospitalización, se conservan las recomendaciones establecidas en la Resolución 412. Sin embargo, existen situaciones que ameritan la hospitalización como medida de protección en casos especiales (víctimas de violencia basada en género, ubicaciones geográficas de difícil acceso, abandono, discapacidad) y para todas aquellas condiciones que vulneren los derechos de las menores.



3.7. Atención del parto

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario protocolizar los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica y con la oportunidad requerida, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, y el puerperio inmediato, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres adolescentes y sus hijos. El proceso debe responder a condiciones normales, ser espontáneo y dar como resultado un niño y una madre en óptimas condiciones. Solo en casos en que el parto normal no pueda realizarse o esté contraindicado, se recurrirá a la operación cesárea o la intervención del mismo.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir en el parto, y las que tienen 14 o menos años de edad, cinco veces más (World Health Organization y UNICEF, 2004).

Por cada muerte materna, se calcula que unas 30 mujeres presentan complicaciones como desgarros vaginales, fístulas o hemorragia excesiva (Mmari y Magnani, 2003; Scholl, Hediger y Belsky, 1994; Baird y Porter, 2011). Según información obtenida del Banco de datos SIP 1991-2009, las adolescentes menores de 15 años tienen un RR de 5 para presentar eclampsia, 3.5 para infección puerperal y 2.2 para desproporción cefalopélvica, mientras que en el grupo de 15 a 19 años, estos riesgos se disminuyen casi a la mitad, pero siguen siendo mayores que los observados en la población de mujeres mayores de 19 años (Clarke, 2010; MPS, 2005).

Los huesos pélvicos y el canal del parto de las adolescentes, especialmente en las menores de 15 años, están en desarrollo, por lo cual se presentan más riesgos de complicaciones durante el parto (parto prolongado u obstruido) y deben recibir una atención diferencial y calificada para poder realizar una operación cesárea de urgencia y/o un parto vaginal intervenido con extractor de vacío o fórceps (Clarke).

El parto obstruido o prolongado es una de las complicaciones más graves que pueden causar la muerte materna y perinatal o posibles lesiones duraderas, incluidas las fístulas obstétricas. Teniendo en cuenta que las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener un parto difícil y requerir más intervenciones, corren un riesgo mayor de infecciones en el postparto (World Health Organization y UNICEF, 2004).

La atención durante el parto y el postparto inmediato es crítica para reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal. Más de un cuarto de las defunciones maternas de los países en desarrollo ocurren durante el parto, el alumbramiento y el primer día después del parto y cerca de la mitad de las defunciones maternas ocurren dentro de la semana siguiente, principalmente debidas a hemorragia (World Health Organization y UNICEF).

El parto requiere tener en cuenta una serie de factores que hacen que su atención sea especial y debe ser asistido por personal calificado. Es necesario identificar y reconocer las diferentes circunstancias en que se produce el embarazo para poder priorizar las acciones y ofrecer una atención de acuerdo con las necesidades particulares de cada adolescente (Clarke, 2010).

Hay que tener en cuenta los aspectos alrededor de la edad y la calidad técnica y humana que se han resaltado a lo largo del presente protocolo.

Desde la perspectiva de las adolescentes, durante la atención del parto:

- El personal encargado se debe identificar según su profesión o rol (enfermera, médico general, especialista, etc.).

- Brindar mayor apoyo emocional (cariño, atención, afecto y comprensión).
- Ofrecer información oportuna acerca del proceso del parto y de cualquier intervención cuando esta sea requerida.
- Desarrollar actividades orientadas a humanizar la atención del parto y promover la autonomía de las embarazadas.

Toda adolescente menor de 15 años deberá ser atendida en una institución de la más alta complejidad disponible en el área de influencia, entendiéndose por esto que al menos debe ser atendida en la mediana complejidad (Clarke, 2010; World Health Organization y UNICEF, 2004). El nivel de atención para las adolescentes mayores de 15 años corresponder a las condiciones de riesgo evaluadas desde la atención prenatal por el médico especialista o al momento de la admisión (*Guía para la atención de la embarazada adolescente*, 2006).

Las instituciones deberán aceptar las referencias de todas las gestantes adolescentes de acuerdo con los criterios enunciados anteriormente (MPS, 2006; *Guía para la atención de la embarazada adolescente*, 2006).

3.7.1. Admisión de la gestante en trabajo de parto

Las gestantes deberán portar la copia de la historia clínica materno perinatal, que contiene información relevante de la atención prenatal, útil para la elaboración de la historia clínica, de acuerdo con los formatos establecidos para este fin por cada institución en particular, los cuales deberán incluir como mínimo los elementos designados en el cuadro descrito en el apartado que trata el control prenatal.

Sin embargo, para garantizar una óptima atención al parto se recomienda identificar factores de riesgo y de condiciones que indiquen una emergencia obstétrica. Ello requiere que al momento de ingreso se realicen tres tamizajes, tal como está estipulado en la Resolución 412 referente a la atención del parto y el puerperio (*Guía para la atención de la embarazada adolescente*, 2006).

3.7.2. Criterios para la admisión

Las gestantes adolescentes beneficiarias de este protocolo, deben ser admitidas en la fase latente (actividad de parto de 3-4 contracciones en 10 minutos, de 40 segundos de duración y con cambios cervicales no mayores de 3 cm).

Dado que la decisión de la admisión es crítica para minimizar los riesgos de la gestación en esta etapa del ciclo vital, el examen clínico debe ser practicado siempre por el obstetra.

Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información, una vez realizada la evaluación o triage, la cual deberá incluir una monitoría para evaluación del bienestar fetal. Dicha información, preferiblemente escrita, debe incluir signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando presente síntomas de alarma (inicio de actividad uterina de parto, sangrado genital, amniorrea, disminución de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa). Las gestantes que estén en observación, requieren un nuevo examen médico antes de dejar el hospital. Es muy importante salvaguardar siempre el acceso fácil de la usuaria al servicio de salud, para brindarle una atención rápida y oportuna.

Las gestantes con factores de riesgo deberán ser admitidas por la institución receptora, independientemente del periodo del trabajo de parto en que se encuentren al momento del ingreso. En caso necesario, se remitirá a una institución de mayor capacidad resolutive, de manera inmediata, para garantizar el manejo inicial de la condición asociada al riesgo.

Una vez definida la hospitalización de la gestante adolescente en trabajo de parto se deberá garantizar (Guía..., 2006; MPS, 2006):

- La presencia de un acompañante (de preferencia de la adolescente) durante todo su proceso de atención.
- La orientación de la adolescente embarazada y su acompañante en el proceso de la dinámica hospitalaria.
- La ubicación en un área especial para la atención de las adolescentes embarazadas y su acompañante. Por ejemplo, un cubículo separado con un máximo de cuatro camas.

- El apoyo psicológico y social para las adolescentes embarazadas.
- La selección, sensibilización y capacitación de personal voluntario, con el fin de que cumplan la función de acompañante cuando el elegido no esté presente.
- Mantener una información permanente, a la adolescente y su acompañante, sobre la evolución del parto explicándole muy bien los procedimientos a los cuales se someterá a la paciente.

3.7.3. Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento)

Además de lo establecido en la Resolución 412, la población objeto de este protocolo debe recibir analgesia obstétrica, tal y como lo recomiendan los protocolos pertinentes. Igualmente, se debe garantizar siempre el diligenciamiento del partograma (*Norma técnica de atención del parto en Colombia*. MSPS, 2005).

3.7.4. Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)

Dado que el diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica se presenta con mayor frecuencia durante este período del parto y que las características anatómicas de estas adolescentes las colocan en mayor riesgo de parto obstruido, se indica la evaluación cuidadosa de la pelvis y de los mecanismos del parto (*Norma técnica de atención del parto en Colombia*. MSPS 2005).

3.7.5. Atención del alumbramiento

Durante este período debe procederse de acuerdo con lo descrito en la Resolución 412 y garantizar siempre el manejo activo del tercer periodo del parto (MPS, 2006).



3.8. Puerperio

Durante esta etapa existen dos causas frecuentes de morbimortalidad: las hemorragias y las infecciones. La anemia, por lo general, se debe a la deficiencia de hierro y a la pérdida de sangre; las infecciones son resultado de una endometritis puerperal y causan más carga económica al prolongar la estancia hospitalaria. Se resalta que las pacientes anémicas tienen mayor tendencia a la infección (Reeder, Martín y Koniak, 2000).

En la práctica cotidiana, frecuentemente se observa que las puérperas adolescentes presentan higiene perineal deficiente, desinterés por los alimentos, dejadez para realizar los masajes uterinos y dificultad para brindar lactancia materna eficaz, además de reingresos por infecciones postparto, principalmente perineales y mastitis.

Calderón, Reeder, Martín y Koniak (2000) realizaron una intervención educativa personalizada en un grupo de adolescentes entre 13 y 19 años, en postparto. Esta intervención influyó de manera significativa en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de autocuidado durante el puerperio inmediato y mediato: antes de la intervención, el conocimiento del grupo era de nivel medio el 52,3% ($=24,5 \pm 10,4$), y después de la intervención, de nivel alto, el 100,0% ($=94,5 \pm 1,2$ DE).

Si se considera que las prácticas de autocuidado son influenciadas por las creencias culturales, los hábitos y las costumbres de la familia, es posible que las adolescentes, por encontrarse en una etapa de maduración física y psicológica, no estén capacitadas para cuidar de su propia salud, y aún necesitan de sus cuidadores. Es así que muchas veces los cuidadores apoyan a las jóvenes adolescentes con base en su propia idiosincrasia y no siempre de la forma adecuada; cabe, entonces, al personal de salud intervenir efectivamente en los momentos del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, se debe considerar también el grupo de adolescentes que no cuenta con apoyo alguno y afrontan solas su realidad, lo que acelera en ellas la madurez para adoptar actitudes nuevas a favor de su salud, empezando por un autocuidado apropiado.

De acuerdo con los resultados de este estudio, apenas el 19,8% de las adolescentes participó de los programas de preparación de la maternidad y paternidad, en los

que se podía, además, aprender sobre la preparación fisiológica del organismo para acompañar y adaptarse a los cambios propios del embarazo y para el momento de parto, y recibir orientaciones sobre los cuidados básicos que se deben tener en el puerperio para favorecer la recuperación y evitar complicaciones en esta fase.

En consecuencia, es importante que el personal de salud y, en especial, la enfermera identifiquen las necesidades de información de la adolescente; desarrollen y refuercen los programas educativos sobre autocuidado en el puerperio durante la fase de trabajo de parto, y utilicen estrategias que aseguren que la adolescente sea consciente de esa exigencia y ejerza su autocuidado.

Se destaca que las adolescentes tienen mayor riesgo a desarrollar mastitis, por carencia de conocimientos acerca del cuidado de las mamas. Es pertinente tener en cuenta la baja participación de ellas en los programas de psicoprofilaxis prenatal. Esta es la etapa en que la adolescente aprende a cuidar sus mamas y preparar sus pezones para el momento de la lactancia, además de la técnica apropiada de amamantamiento, con lo que evita situaciones que podrían desencadenar mastitis: descansar en posiciones que presionen los senos, quedarse dormida durante la lactancia, ofrecer sólo un seno por mamada, entre otras (Ponce, Ramírez y Sáenz, 2004). Es importante resaltar que, a pesar de la preparación de la adolescente menor de 15 años para la lactancia y el puerperio, se debe fortalecer su educación.

Por lo expuesto, se debe reforzar el proceso de educar a la adolescente en la lactancia por parte del personal de enfermería. Igualmente se debe establecer como mínimo un periodo de estancia del puerperio no inferior a 48 horas para las pacientes de postparto normal y de 72 horas para operación cesárea sin complicaciones.

Los exámenes de laboratorio de control postparto se solicitarán según criterio clínico. Sobra decir que para con estas adolescentes es inconcebible la omisión o el incumplimiento de lo exigido en la Resolución 412, tanto para la atención del puerperio como para la atención neonatal.

3.8.1. Atención del puerperio inmediato

Se acogen los lineamientos contenidos en la Resolución 412.

3.8.2. Atención durante el puerperio mediato

Como en el punto anterior, se siguen las instrucciones dictadas en la Resolución 412. No obstante, es preciso reiterar que, en el momento del egreso, la adolescente ya debe contar con un método de anticoncepción efectivo.

3.8.3. Anticoncepción postparto

El enfoque de la anticoncepción postparto de la adolescente menor de 15 años debe ser orientado a escoger el método que más se ajuste a ella y, en todos los casos, debe ser el de su elección.

Del 17% al 35% de las adolescentes vuelven a quedar embarazadas en el primer año postparto (Reime, Schücking y Wenzlaff, 2008; Ford, 1983); sin embargo algunos otros investigadores han reportado tasas de embarazo entre un 30% a 50% (Klerman, 2004; Rigsby, Macones y Driscoll, 1998).

Existen algunos requerimientos del anticonceptivo de por sí, como son:

- Reversibilidad
- Fácil de utilizar
- Adecuado según la actividad sexual
- Protección ITS

Se han identificado algunos factores de riesgo que llevan a repetir el embarazo en las adolescentes. Algunos autores consideran que se trata de problemas para acceder a los anticonceptivos (Stevens-Simon, Dolgan, Kelly y Singer, 1997; Stevens-Simon, Kelly, Singer y Nelligan, 1998), y otros (Jacoby et al., 1999; Davis, 2002) opinan que son factores sociodemográficos como:

- Edad menor de 16 años en el momento de la primera concepción
- Pareja mayor de 20 años
- Abandono de la escolarización

- Nivel educacional inferior al esperado para su edad
- Abandono del hospital sin control de la natalidad
- Bajo nivel socioeconómico
- Pobre atención de padres
- Violencia doméstica
- Abuso de sustancias

En caso de que la adolescente no lacte, se produzca un aborto o se entregue al recién nacido en adopción, la utilización de anticonceptivos combinados no estaría contraindicada (Greydanus, Patel y Rimsza, 2001; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Fondo de Población de Naciones Unidas, 2007); sin embargo, si se considera que la utilización de anticonceptivos orales combinados en este grupo poblacional tiene poca adherencia, se debe garantizar cualquiera de las opciones que se dan a continuación, independiente de la escogencia de lactancia.

Primera opción: implantes de liberación prolongada (levonorgestrel o etonorgestrel) con indicación de suplemento de calcio y ejercicio.

Segunda opción: Dispositivo intrauterino (TCU).

Tercera opción: progestágeno inyectable trimestral de depósito.

El preservativo se utilizará como método complementario para protección de la ITS. Este protocolo no recomienda la lactancia ni la abstinencia como métodos anticonceptivos (véase anexo 5 sobre información de cada uno de los anticonceptivos).

3.8.4. Atención para la salida de la madre y su neonato

En caso de evolución satisfactoria, se puede dar salida a la madre cuando hayan transcurrido al menos 48 horas de observación postparto. Si no se han presentado complicaciones, se puede dar de alta a la madre con su recién nacido. No obstante, este protocolo es reiterativo en recomendar que estas adolescentes no pueden salir de la

institución sin un método anticonceptivo efectivo, sin estar inscrita en un programa de servicios amigables para la promoción y prevención de su SSR y sin que su recién nacido pertenezca a un programa de crecimiento y desarrollo, tal y como lo indica la norma vigente.


Por último, se debe verificar el cumplimiento de las medidas educativas enunciadas en los apartados anteriores. Adicional a la consulta posparto, a los siete días, como recomienda la norma, se debe citar de nuevo a la adolescente entre las cuatro y las seis semanas posparto para verificar anticoncepción, lactancia y redes de apoyo.

En cuanto a las redes de apoyo, estas tienen como finalidad asesorar a la adolescente menor de 15 años en medidas de puericultura, cuidados del recién nacido, lactancia materna, reubicación en su entorno escolar, familiar o con su pareja, y proyección de vida, entre otros.

La red se debe crear desde el centro hospitalario o institución en donde la gestante ha tenido su parto o cesárea, e iniciar el proceso durante la hospitalización, que no puede ser inferior a 72 horas (en casos de cesárea). Durante esta estadía se deben reforzar las acciones educativas encaminadas a mejorar el autocuidado y la crianza. Paralelamente se debe constatar la decisión de adopción o la de asumir la crianza por parte de la adolescente y su red de apoyo para hacer las respectivas referencias.

4

Consideraciones normativas para la atención de las adolescentes embarazadas pertenecientes a grupos especiales



En cuanto a la atención de la adolescente embarazada como resultado de violación, explotación sexual comercial de niñas y adolescentes, abuso sexual hacia adolescentes con discapacidad u otras modalidades del abuso sexual, y adolescentes embarazadas como resultado de cualquier forma de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno, incluyendo el contexto del desplazamiento forzado, tanto el Modelo como el Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual construidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas durante los años 2010 y 2011 establecen el conjunto de marcos conceptuales, normativos, procesos y procedimientos a través de los cuales se debe atender a las menores dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual).

La atención de las adolescentes embarazadas pertenecientes a determinados grupos étnicos, poblaciones desplazadas y otras poblaciones especiales debe ajustarse a la necesidad de organizar para ellas servicios de salud diferenciales, en concordancia el Plan nacional de salud pública, la Resolución 0425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, la Política nacional de salud sexual y reproductiva y la Ley 691 de 2001—reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 2716 de 2004—, el Plan decenal de salud pública 2012-2021, la Ley 1438 de 2011 y las demás normas que las modifiquen o complementen.

Vale destacar, en relación con la Ley 691 de 2001, el derecho que tienen todas las mujeres indígenas embarazadas a recibir un subsidio alimentario con cargo al Plan obligatorio de salud subsidiado que les cobije.

Para las adolescentes embarazadas como resultado de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno, deben tenerse en cuenta las consideraciones sobre reparación integral a víctimas, establecidas por la Ley 1448 de 2011, en lo concerniente a sus derechos a atención integral en salud física y mental, y a los de sus hijos e hijas nacidos a raíz de la victimización sexual sufrida.

Para las adolescentes embarazadas en general, pero muy especialmente aquellas en abandono o en situación de calle, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 60 de la Ley 1098 de 2006 (Ley de infancia y adolescencia), el ICBF ha construido el lineamiento técnico para la modalidad de madres gestantes y lactantes, el cual contiene toda la información referente a las intervenciones que deben prestarse a las gestantes adolescentes desde este sector de protección.

Por su parte, a partir de la Sentencia C-355 de 2006, se establecen como causales de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) las siguientes: cuando la continuación de una gestación constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; cuando se evidencie una grave malformación del feto que haga inviable su vida; o cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial, transferencia de óvulo fecundado no consentido, o de incesto. Las condiciones de una gestación en una menor de 14 años pueden estar relacionadas con la primera y la tercera causal mencionadas.

5

**Condiciones Indispensables Para
La Garantía De La Calidad En La
Atención De La Embarazada Menor
De 15 Años**



5.1. Garantía del aseguramiento

Una embarazada menor de 15 años tiene derecho a ser atendida por la EPS que la cubre (subsidiada o contributiva), ya sea por aseguramiento paterno o familiar, o por pertenecer a los sistemas de protección especial; cuando se trata de población no asegurada, su atención debe ser cubierta por el Fondo de Solidaridad y Garantías, FOSYGA. Tienen derecho a toda la atención incluida en el presente protocolo, por tratarse de mujer gestante, como lo determina el principio constitucional de protección a la maternidad (Pacheco, 2007), y con todas las condiciones requeridas para la preservación de su vida y bienestar, como lo determina la Ley 1098 de 2006 que adopta el Código de infancia y adolescencia.

Por lo anterior, garantizar la atención de calidad a las menores de 15 años es una obligación de todas las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las prestadoras de servicios de salud (IPS), en el marco de la normatividad vigente, a la luz de la evidencia científica disponible.



5.2. Recursos físicos para la atención

Según lo descrito en la presente guía, el embarazo en menores de 15 años, desde el inicio hasta su finalización, es un evento crítico de salud que requiere que las instituciones dispongan de recursos físicos, de equipamiento e instrumentales adecuados y suficientes, para la resolución de las complicaciones que se presenten. Se debe contar con salas de cirugía, equipos de anestesiología, unidad de cuidado intensivo de adultos y neonatal, servicio de laboratorio clínico y bacteriológico, bancos de sangre y servicios de farmacia con medicamentos de manejo emergencias obstétricas y perinatales. Las aseguradoras responsables de la atención a la menor

deben garantizar que el sitio de atención del control prenatal, del parto y del postparto, con las características anotadas, sea de fácil acceso para las adolescentes, y que el desplazamiento sea corto, o proveer los recursos para el transporte, de tal modo que se garantice la atención con la frecuencia y características descritas en la presente guía.



5.3. Recursos humanos

Los recursos humanos que se requieren para la atención del embarazo, del parto y del posparto a menores de 15 años, compete a las especialidades médicas y demás profesiones de la salud que se corresponden con las características físicas necesarias para la atención. El equipo mínimo con el que debe contar la institución para la atención sin complicaciones está compuesto por médico obstetra, enfermera, psicólogo, nutricionista y trabajador social con alguna capacitación para la atención a adolescentes.



5.4. Papel del asegurador

Además de las anteriores características, las EAPB deben garantizar que las adolescentes menores de 15 años embarazadas sean captadas para su atención en la etapa más temprana del embarazo, con el fin de ofrecer lo necesario, de acuerdo con la opción elegida por la niña, frente al embarazo (menores de 14 años); en los casos en que la menor opte por continuar con la gestación, deben poner en marcha estrategias de adherencia al esquema de atención y la búsqueda activa, en caso de inasistencia a las citas prescritas durante la atención prenatal.

En todas las circunstancias, las EAPB deben garantizar las acciones, procedimientos, servicios y características descritos en el presente protocolo, que además se encuentran reconocidos en el Acuerdo 031 de 2012 de la Comisión de Regulación

en Salud (CRES), que homologa POS contributivo y subsidiado para menores de 18 años. Entre las atenciones que garantiza el Acuerdo a las niñas de 6 a 13 años y a las adolescentes de 14 a 18 años, se encuentra la atención del embarazo adolescente y se establece que:

(...) se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud, ambulatorias y de internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, el parto, puerperio o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Se destaca que:

(...) Así mismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías cubiertas por el POS vigente, para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto, y al recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública.

A continuación se describen las principales recomendaciones basadas en la evidencia, con la norma que lo respalda como servicio obligatorio y como derecho.

Tabla 6. Prestaciones que incluye el POS para la atención diferenciada a la gestante menor de 15 años y respaldo normativo correspondiente

Servicios - Medicamentos - Procedimientos	Norma que respalda el servicio como derecho
<p>Prueba de beta-hCG (gonadotropina coriónica subunidad beta (BHCG): prueba de embarazo en orina y suero. Hoy en día estas pruebas se hacen confiablemente positivas entre los 10 y 14 días después del último coito sin protección y exige cuidado en su interpretación. Si existe duda de su utilidad, será mejor diferir la opinión para que sea dada por un especialista.</p>	<p>Resolución 412 de 2000. Norma técnica de detección de alteraciones del embarazo, numeral 5.1.</p> <p>Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013. Código CUPS 904506 Nivel 1.</p>

Servicios - Medicamentos - Procedimientos	Norma que respalda el servicio como derecho
<p>Ecografía transvaginal (en los embarazos inferiores a las 10 semanas y muy útil para establecer o confirmar la edad gestacional). Esta ecografía es mandataria en menores de 14 años, pero en las demás jóvenes será pertinente si hay dudas con la FUR o alguna manifestación patológica como amenaza de aborto</p>	<p>Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013, CUPS 881432. Ultrasonografía obstétrica transvaginal - 2 Nivel</p>
<p>Ecografía transabdominal en embarazos de más de 10 -12 semanas</p>	<p>Resolución 412 de 2000. Norma técnica de detección de alteraciones del embarazo, numeral 5.2.3. Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013. CUPS 881431 Ultrasonografía obstétrica transabdominal. Nivel 1</p>
<p>Interrupción voluntaria del embarazo</p>	<p>Sentencia de la Corte Constitucional C355 de 2006 Resolución 5521 de 27 de diciembre de 2013. Aspiración al vacío de útero para terminación del embarazo. Código CUPS 695101. Nivel 2 (Incluye la aspiración manual endouterina (AMEU con aspirador plástico pequeño) y la aspiración eléctrica endouterina (AEEU). Dilatación y legrado para terminación del embarazo. CUPS. 750201. Nivel 3</p>
<p>Carbonato de calcio 1000 UI de vitamina D</p>	<p>Resolución 5521 de 27 de diciembre de 2013. Calcio (diferentes sales en combinación) Calcio Carbonato + Vitamina D 500-600 mg como calcio y 200 UI de vitamina D tableta. CUPS A12AA20.</p>
<p>Consulta por obstetra</p>	<p>Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013. Acceso directo a especialidad de obstetricia sin remisión de médico general, sin que ello constituya en limitación de acceso a la atención del médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia. Resolución 5521 de 27 de diciembre de 2013. Consulta por primera vez por medicina especializada. CUPS 890202. NIVEL 2</p>

Consulta por nutrición	Consulta de primera vez por nutrición y dietética. CUPS 890206. NIVEL: 2
Consulta por psicología	Resolución 5521 de 27 de diciembre de 2013. Consulta de primera vez por psicología. CUPS: 890208. NIVEL 1
Analgesia obstétrica	Resolución 5521 de 2013, artículo 32
Anticoncepción posparto	Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013. G03AC03 Levonorgestrel 75 mg, implante subdérmico G03AC03, Levonorgestrel (todas las presentaciones), tableta con o sin recubrimiento Dispositivo Intrauterino TCu



6

Anexos



Anexo 1

Tabla utilizada por la oms que resume el proceso de crecimiento y desarrollo durante la adolescencia de hofman y greydanus

Tabla 7. Proceso de crecimiento y desarrollo en la adolescencia

Etapas de la adolescencia			
Categoría del cambio	Inicial o temprana • 10-13 a 14-15 años	Media • 14-15 a 17 años	Final o tardía • 17-21 años (variable)
Crecimiento	<ul style="list-style-type: none">• Aparecen las características sexuales secundarias.• El crecimiento se acelera y alcanza los índices máximos.	<ul style="list-style-type: none">• Los caracteres sexuales secundarios están desarrollados.• El crecimiento es más lento, se ha alcanzado el 95% de la estatura de adulto.	<ul style="list-style-type: none">• Madurez física.
Cognición	<ul style="list-style-type: none">• Pensamiento concreto.• Orientación existencial.• No hay percepción de las repercusiones de las acciones a largo plazo.	<ul style="list-style-type: none">• El pensamiento es más abstracto.• Capacidad de reflexión a largo plazo.• Concreta el pensamiento cuando se estresa.	<ul style="list-style-type: none">• Se establece el pensamiento abstracto.• Se orienta hacia el futuro.• Se perciben opciones a largo plazo.

Etapas de la adolescencia

Categoría del cambio	Inicial o temprana • 10-13 a 14-15 años	Media • 14-15 a 17 años	Final o tardía • 17-21 años (variable)
Psicosocial	Preocupación por: <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento físico rápido. • Imagen corporal. • Interrupción del cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se restablece la imagen corporal. • Se preocupa con fantasías e idealismos. • Se tiene sentido de omnipotencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece la identidad intelectual y funcional.
Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de límites independencia / dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos sobre el control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transposición de las relaciones de niños con padres a adultos con padres.
Grupo de iguales	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de pertenencia para contrarrestar la inestabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de necesidades para afirmar la autoimagen. • El grupo de iguales define el código de comportamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de iguales se aleja en favor de la amistad individual.
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Autoexploración y evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por fantasías románticas. • Pruebas de habilidad para atraer el sexo opuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toman forma las relaciones estables. • Mutualismo y reciprocidad. • Planes para el futuro.

Fuente: Hofman y Greydanus – Documentos publicados por OMS



Anexo 2

Características de servicios de consejería, promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva

Las instituciones que prestan los servicios enunciados deben tener capacidad resolutive demostrada en tanto que cumplen con las siguientes condiciones:

Atención integral y cálida: Toda persona usuaria de estos servicios debe ser atendida en espacios que garanticen su comodidad, respeto, privacidad y protección. Debe sentirse comprendida y, por lo tanto, tratada como un ser con capacidad de sentir, pensar, actuar, decidir, crear, proponer y realizar acciones que impulsen, mantengan y cuiden su salud y desarrollo de acuerdo con sus propias definiciones, indicadores y necesidades individuales, institucionales y socioculturales.

Equipo transdisciplinario: Para el manejo de las necesidades y problemáticas de SSR es preciso organizar un equipo transdisciplinario, debidamente calificado y capaz de abordar integralmente las demandas y necesidades de SSR al igual que promover los derechos sexuales y reproductivos tal y como están ratificados en la lista de políticas y leyes que se plasmaron en este documento. En este sentido, los miembros del equipo deben tener conocer los estándares técnicos que rigen el abordaje integral y con calidad a los problemas de SSR que se han priorizado en la política nacional de SSR. A continuación se presentan las condiciones requeridas para el equipo de salud, orientado a garantizar la atención en las condiciones diferenciales incluidas en este protocolo.

Tabla 8. Competencias, actitudes y habilidades requeridas para el equipo de salud que atiende a la gestante menor de 15 años

Competencias	Actitudes	Habilidades
<p>Se deben contar con un equipo de salud capacitado en todos los aspectos conceptuales, normativos, técnicos y adelantos científicos sobre acciones, guías y protocolos de manejo ideales para abordar integralmente los problemas y los factores que afectan la salud sexual y reproductiva.</p> <p>En ese sentido, se debe procurar brindar asesoría y atención personalizada y humanizada que evidencie calidad y calidez en el manejo de estos temas íntimos y que garantice el acceso a información, educación, consejería y servicios que satisfagan las expectativas y necesidades de usuarios y usuarias.</p>	<p>Las personas que conforman el equipo deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • respetuosas; • comprensivas; • facilitadoras y promovedoras de diálogo; • abiertas y sin evidenciar prejuicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión y aplicación de enfoque integral de SSR. • Comprensión y promoción de enfoque de derecho. • Abordaje de DSR y SSR con enfoque de equidad de género. • Entendimiento y aplicación de enfoque étnico y cultural. • Capacidad y claridad del manejo confidencial y ético de la información. • Promover ejercicio de los derechos. • Promover la demanda oportuna de estos servicios. • Conocer y saber entregar a sus pacientes información y métodos anticonceptivos.

Participación en la toma de decisiones: se deben establecer mecanismos para que usuarios y usuarias participen activamente en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades destinadas a promover y mantener su salud.

Intersectorialidad e interinstitucionalidad: son pertinentes los mecanismos de trabajo en red y la coordinación con todos los demás actores y sectores sociales de la comunidad para promover la SSR y el bienestar y desarrollo de sus beneficiarios.

Manejo ético y confidencial de la información: la atención de la SSR debe garantizar

el manejo confidencial de la información. Esto implica mantener el secreto profesional cuando el temor a que personas que la adolescente no quiere que sean enteradas sobre sus prácticas sexuales amenaza el acceso y el regreso a continuar tratamientos. En el caso en que el profesional encuentra razones que justifican involucrar a adultos en el manejo de la salud de la adolescente por cuanto su vida o integridad peligran, esta medida debe ser consultada y acordada con la adolescente antes de invitar a otras personas al equipo. Con la garantía de la confidencialidad, se garantiza el libre acceso a los servicios de salud y avances tecnológicos y científicos sin condicionamientos para que decidan con conocimiento, argumentos y autonomía sus mejores opciones para vivir una sexualidad libre de riesgos y mantener la SSR.

Particularmente, en servicios y acciones de consejería para uso y acceso a métodos anticonceptivos y para planificación del ejercicio sexual debe tenerse en cuenta que los derechos sexuales y reproductivos están basados en los derechos humanos que se describen a continuación:

Información: todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de planificación familiar, el/la usuaria(o) tiene derecho a recibir información completa y actualizada sobre todos los métodos de planificación familiar, sus beneficios, efectos, riesgos y alcances en su salud, su vida y su desarrollo integral.

Libertad: es la capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, lo que incluye la salud sexual y reproductiva.

Privacidad: en la vida personal y familiar. Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, incluido el tamaño de la familia, son de carácter privado, pues se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.

Vida libre de daño: vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene el/la usuaria(o) en todos los procedimientos que se le realicen, como el caso de los métodos de planificación familiar definitivos sin excluir los demás métodos.

Igualdad: se brinda un trato digno sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, nacionalidad, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición. Los métodos de planificación familiar deben ser dados a conocer en todos los ámbitos para que de esta manera sean accesibles a todas las personas que los soliciten.

Justicia sanitaria: se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. Las/los usuaria(o) ejercen este derecho cuando pueden acceder a un paquete básico de servicios y de opciones integrales en salud, cuya oferta es confiable y, además, tiene continuidad.

Elección informada: es el derecho que tienen los/las usuarios(as) en el contexto de la asesoría para recibir información completa y, en consecuencia, decidir libremente la manera como ejerce su sexualidad sin adversidades. Esto implica garantizar el acceso a métodos de anticoncepción y de protección.

Consentimiento informado: es la manifestación de la elección informada hecha por los/las usuarios(as) sobre un procedimiento específico que se va a realizar mediante documento escrito (Ley 23 de 1981, artículo 15), el cual tiene validez si la/el usuaria(o):

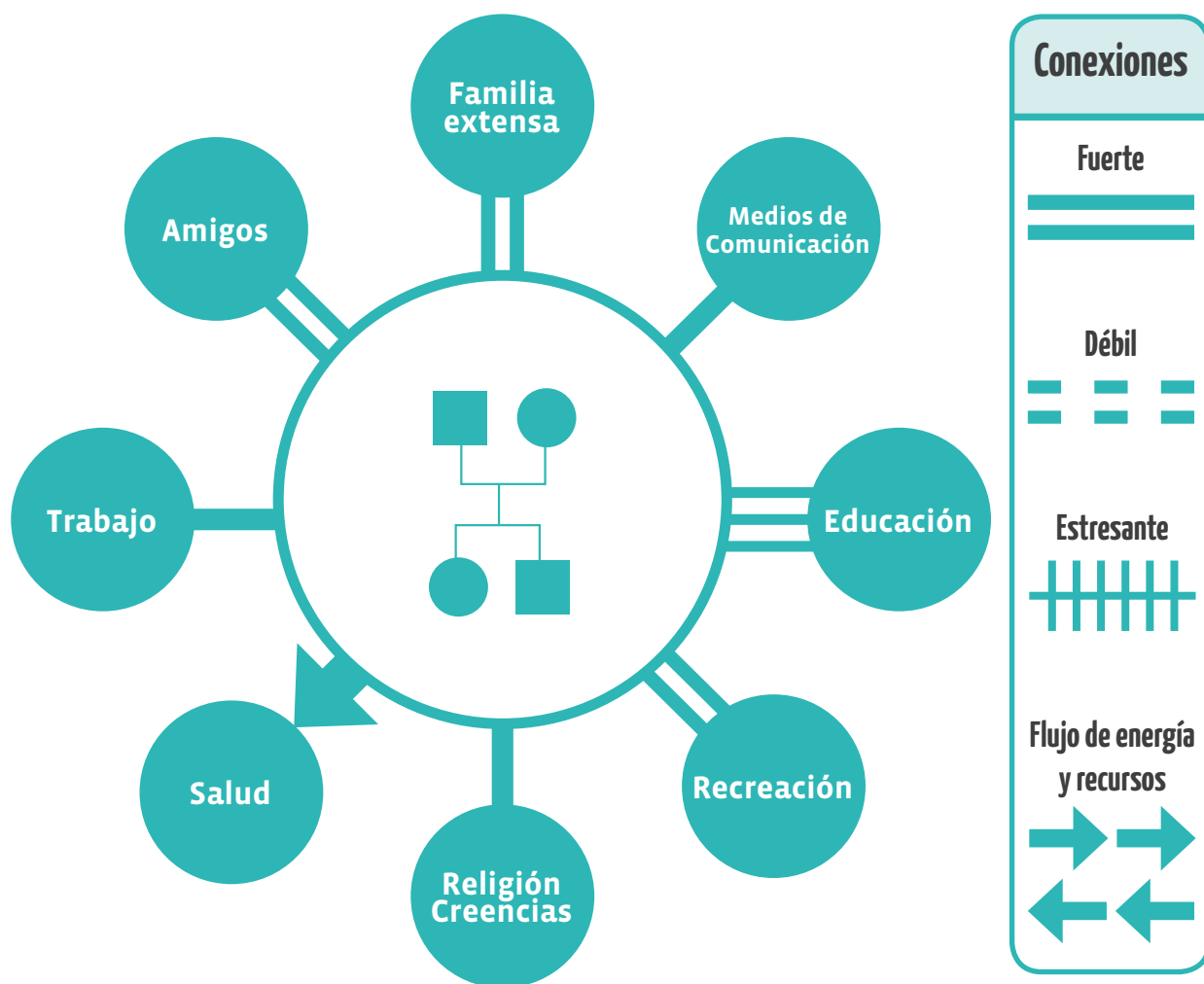
- Dispone de una información suficiente.
- Comprende la información adecuadamente.
- Se encuentra libre para decidir de acuerdo con sus propios valores.
- Es competente para tomar la decisión.

Por lo tanto, el consentimiento informado solo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se deben tener en cuenta los anteriores puntos. De esta manera, es evidente que el consentimiento informado no se puede reducir a la recitación mecánica de los hechos estadísticos, ni a la firma de un formulario de autorización.



Anexo 3

Ecomapa



Área de informática para la docencia - Heidy Muños - Johana Sandoval 2004

Fuente: Hartman, A. (1978), Diagrammatic assessment of family relationships, Social Casework, 59(8), 465-476. Disponible en: <http://www.historyofsocialwork.org/eng/details.php?cps=22>.



Anexo 4

Programa de educación para la crianza

La puericultura es “el arte de la crianza de los hijos”. Se ofrece como una herramienta de gran utilidad para alcanzar los ODM (MPS, 2006). Enseñar a aprender sobre el tema a las gestantes y madres adolescentes, así como a los padres y las familias gestantes, destaca la importancia de la educación y la comunicación, como tarea ineludible, si se trata de llevar a la práctica la política de la primera infancia (OPS y OMS, 2009).

Es necesario hacer explícito a la adolescente gestante que en la crianza de los hijos no hay un modelo único; se deben señalar los factores que intervienen y los elementos necesarios para desarrollar habilidades que le faciliten la labor. En general, y de acuerdo con las metas señaladas por UNFPA para la juventud, “facultar a los adolescentes y jóvenes dotándolos de aptitudes prácticas para que plasmen en la realidad sus sueños” (Guía para la atención del parto en Colombia, 2006)

Los temas mínimos que se deben incluir en el curso o taller de puericultura son:

Para la madre, el padre y la familia

- Gestación y cambios corporales, psicoemocionales y sociales
- Derechos: salud, educación, familia, trabajo, proyecto de vida
- Valores humanos
- Desarrollo embrionario y estimulación in útero

- Factores de protección
- Nutrición pre y posparto
- Autoestima, autonomía e independencia
- Ejercicio prenatal: acondicionamiento físico, core y suelo pélvico y entrenamiento del pujo
- Entrenamiento en respiración y relajación
- Factores de riesgo: tabaquismo, alcohol, psicoactivos, ejercicio de la sexualidad desprotegido
- Trabajo de parto, parto y puerperio
- Salud sexual y reproductiva: sexualidad durante la gestación; embarazo subsecuente; métodos de anticoncepción y protección

Para el hijo

Por lo tanto, el consentimiento informado solo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se deben tener en cuenta los anteriores puntos. De esta manera, es evidente que el consentimiento informado no se puede reducir a la recitación mecánica de los hechos estadísticos, ni a la firma de un formulario de autorización.

- **Vínculo afectivo madre/hijo:** teoría sobre el apego, conductas innatas, repercusiones de la ausencia o interrupción del apego (Hartman, 1978).
- **Lactancia materna:** existe aceptación universal sobre la lactancia materna como el mejor alimento para los niños. La OMS recomienda administrarla de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y como complemento de otros alimentos hasta los dos años. Según la ENDS 2010, en Colombia solamente cerca de un cuarto de la población de lactantes mantiene dicha recomendación hasta los cinco meses, así que incluir el tema de lactancia materna en la preparación prenatal de un grupo de mujeres adolescentes resulta imprescindible, ya que sus hijos son considerados, por numerosas razones médicas y sociales, altamente vulnerables.
- **Inmunizaciones:** educar a la madre sobre qué son las vacunas y para qué sirven. Darle a conocer el esquema de vacunación aprobado por el Ministerio

de la Protección Social es intensificar las acciones en pro de las medidas de protección específica de la primera infancia y contribuir a la disminución de la tasa de enfermedades prevenibles (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 2006).

- **Hábitos**

1. **Alimentación:** sobre la base de una alimentación completa, adecuada, suficiente, equilibrada y balanceada; la información al respecto es clave en la prevención de los trastornos de malnutrición. Tanto desnutrición como obesidad tienen amplia relación con la falta de hábitos saludables de alimentación que se forman desde los primeros meses de vida (Gómez, 2007).
 2. **Sueño:** hablar sobre patrones y características del sueño en los niños es importante no solo para buscar la adquisición de un hábito saludable, sino para tranquilizar y apoyar a la madre, quien, de alguna manera, ve afectada su propia función del sueño y sus posibilidades de descanso y recuperación.
 3. **Higiene:** instruir sobre la importancia de las medidas de higiene tanto personal como del medio ambiente.
 4. **Juego:** el niño debe de tener dentro de sus rutinas diarias un espacio para la distracción y estimulación a través de la lúdica, elemento de indiscutible valor para el desarrollo integral.
- Control de crecimiento y desarrollo: la gestante debe ser informada sobre el derecho a la salud de su hijo y la forma de hacerlo valer. Difundir la existencia de la Norma 412, sus objetivos y su forma de disfrutarla.
 - Prevención del maltrato infantil: sensibilizar sobre la necesidad de eliminar toda forma de maltrato al hijo adquiere mayor transcendencia en los grupos de madres y padres adolescentes ya que se ha señalado en ellos una mayor vulnerabilidad (Hillis et al., 2004).
 - Prevención de accidentes: información sobre prevención primaria, secundaria y terciaria. Las madres y cuidadores deben conocer sobre factores de riesgo en forma general y específicamente en casos de muerte súbita, patología que cobra buen número de muertes en el grupo de lactantes.
 - El niño enfermo: las madres y cuidadores deben conocer sobre los síntomas más frecuentes que acompañan las enfermedades del periodo inicial del ciclo vital: fiebre, dolor, vómito y diarrea. Saberlos registrar y darles manejo en casa

de acuerdo con las recomendaciones de la estrategia AIEPI. De igual manera deben recibir instrucción sobre los signos de alarma, de acuerdo con la misma estrategia.

El curso de puericultura puede iniciarse en cualquier momento, durante la gestación o después del parto. Idealmente en época preconcepcional y no debe limitarse a la adolescente sino que ojala se haga extensivo a la red familiar y escolar. El temario puede ampliarse según las necesidades de información de las jóvenes y las posibilidades de los equipos de salud. Igualmente se debe realizar en horarios que estén de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de las gestantes y sus parejas. Con mucho interés debe armonizarse con la jornada escolar.



Anexo 5

Anticoncepción en la adolescencia

Progestagenos

En relación con la utilización de progestágenos en el posparto con adolescentes menores de 15 años en lactancia, son importantes las generalidades que a continuación se presenta:

En primer lugar, algunos autores no recomiendan su uso en menores de 15 años; estudios han demostrado disminución de la masa ósea en adolescentes (Grimes, 1999; Cundy et al., 2003). Sin embargo, hay estudios que han demostrado reversibilidad de la disminución de la masa ósea al suspender la anticoncepción con progestina inyectable (Cromer et al., 2005; Scholes et al., 2005). En un estudio con nivel de evidencia A II-2 en adolescentes se demostró que en las usuarias de acetato de medroxiprogesterona con una media de uso de 12 meses (1 a 39 meses), cuando suspendieron las inyecciones, la densidad ósea retornó a niveles equivalentes o más altos que el de las no usuarias al cabo de dos años (Rosenberg et al., 2007).

En estudios observacionales (nivel de evidencia II-2) la reversibilidad de la masa ósea fue más rápida a nivel lumbar que en cadera. En usuarias de acetato de medroxiprogesterona de depósito, la densidad mineral ósea regresó a niveles normales dos a tres años después de discontinuar el uso de anticonceptivos inyectables (Guilbert et al., 2009; World Health Organization, 2005).

Las recomendaciones de las sociedades científicas consideran que el uso de acetato de medroxiprogesterona en adolescentes hay que verlo con más ventajas que

desventajas si no existe otra opción anticonceptiva (The National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2005; CONTRIBUTORS, 2006).

Al comparar su uso con anticonceptivo oral, la permanencia al cabo de seis meses fue mayor con AMP (acetato de medroxiprogesterona de depósito) 78% vs. 46% (progestágeno oral) (Cromer et al., 1994). De igual manera en un estudio al comparar progestágenos orales con progestágenos de depósito; el riesgo relativo de repetir embarazo con orales fue de un RR 9,09 (Templeman et al., 2000).

O'Dell y colaboradores (1998) han podido demostrar que un 30% (24% - 36%) que utilizó anticonceptivos orales y un 9% (2,6% - 15%) que empleó acetato de medroxiprogesterona de depósito volvieron a lograr un embarazo en el año siguiente del parto. Otros estudios refuerzan estos datos (Thurman, Hammond, Brown y Roddy, 2007; Milne y Glasier, 2008).

Estudios previos han reportado menos repetición de embarazo al utilizar implantes de levonorgestrel, al compararlos con la toma de anticonceptivos orales y progestágenos inyectables por su mayor permanencia en su uso (Lewis, Doherty, Hickey y Skinner, 2010; Guazzelli et al., 2010).

Cochrane, en una revisión de implantes, al comparar implanon, norplant y jadelle, determinó que los tres son igual de efectivos en su prevención de embarazo. Los efectos colaterales más frecuentes fueron los sangrados (Power, French y Cowan, 2008).

En otra revisión realizada por Cochrane sobre los efectos sobre fracturas óseas en las mujeres usuarias de contraceptivos esteroideos, acerca de los implantes concluyó que el implante de etonogestrel produce una mayor disminución de la densidad ósea cuando se compara con el implante de levonorgestrel; sin embargo, también informaron que estos hallazgos no han sido consistentes al comparar todos los implantes (López, Grimes, Schulz y Curtis, 2011).

Diferentes estudios hablan de la seguridad anticonceptiva de los implantes y sus ventajas del uso (Sivin et al., 1998; Sivin, Mishell, Darney, Wan y Christ, 1998). Cromer et al. (2008) analizaron tres grupos de estudio de diferentes edades de adolescentes que usaron acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP) y anticonceptivos orales; concluyeron que al utilizar AMP existe más reducción de masa ósea, siendo más significativa a nivel lumbar que a nivel femoral.

Es relevante anotar que en un estudio realizado por Glass et al. (2010) respecto a la

lactancia y práctica anticonceptiva en las adolescentes, en el grupo específico entre 13 a 15 años, se detectó que la utilización de la lactancia fue de 60.9% y de solo fórmula del 39.1%; el uso del método anticonceptivo fue similar para AMP entre 30.3 % (con lactancia) a 28.3%, (con fórmula láctea), anticonceptivos orales 20.2% (con lactancia) y 27% (con fórmula láctea), DIU levonorgestrel 22.5% y 19.6% , TCU380A 10.1% y 9.3%, respectivamente.

Se calcula que alrededor del 43% de las adolescentes que se encuentran con anticonceptivos orales discontinúan al cabo de los seis meses de uso, al comparar con la continuación de los implantes subdérmicos, que llega a ser del 71 % al 93% al cabo de los 12 meses de uso (Berenson y Wiemann, 1997)

Es frecuente observar la discontinuación de los métodos anticonceptivos en las adolescentes en los seis meses postparto. En un estudio de evaluación de adolescentes, el 10% de ellas habían olvidado la toma de al menos tres pastas en el último ciclo y el 10% de quienes escogieron el AMP habían fallado en la segunda aplicación; por el contrario, nueve de diez adolescentes que habían escogido un implante subdérmico al cabo de los seis meses postparto aún continuaban con él (Berenson y Wiemann, 1995).

Dispositivos intrauterinos

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) en el 2007 consideró que los dispositivos intrauterinos son de primera línea en mujeres nulípara y en adolescentes, por tal motivo se incluyen dentro de la variedad de anticoncepción posparto.

En el 2005 la FDA aprobó el uso del dispositivo para mujeres nulíparas; en el caso de adolescentes sin relaciones monogámicas aconsejan la utilización de preservativo para evitar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. En caso de nulíparas, se aconseja la utilización de Aines (diclofenaco) y de misoprostol en el momento de la inserción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la utilización de DIU tiene una recomendación 2 (beneficios sobre los riesgos) en las mujeres desde la menarquía hasta los 20 años (World Health Organization. Reproductive Health, 2005).

La Academia Americana de Pediatría tiene una visión más conservadora: considera que el uso de DIU en adolescentes debe tener también la precaución de evitar el riesgo de transmisión de ITS y por tal motivo lo colocan como de segunda línea de

anticoncepción para adolescentes (Blythe y Díaz, 2007).

Se ha demostrado que el uso de los dispositivos intrauterinos no aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria. Este riesgo solamente se aumenta en el momento de la inserción. De 22.908 usuarias, el riesgo de EPI fue de 9,7 de 1000 mujeres en los primeros 20 días postinserción y disminuyó a 1,4 por 1000 de los 21 días a los 8 años de uso, lo cual es igual a la población en general. De otra parte el dispositivo de levonorgestrel ha demostrado una menor incidencia de EPI por su efecto espesor del moco cervical y adelgazamiento del endometrio comparado con la TCU 380A.

Dispositivo de levonorgestrel presenta ventajas al utilizarlo en las adolescentes con discapacidad mental, en las cuales es apropiado disminuir el sangrado menstrual. También hay reporte en la literatura médica del uso del dispositivo de levonorgestrel en endometriosis y dolor pélvico en la adolescente.

Ahora bien, dado que el embarazo de la adolescente actualmente se ha propuesto como una epidemia mundial, el uso del dispositivo intrauterino ha entrado a considerarse como una alternativa de primera línea para adolescentes nulíparas y posparto (Yen, Saah y Adams Hillard, 2010; Deans y Grimes, 2009). Es recomendable como segunda elección después de los implantes subdérmicos de progestágenos.

Métodos de barrera

Requieren un uso constante y es fundamental que en todas las relaciones sexuales, este presente la motivación para su uso como método anticonceptivo. Esto implica un determinado comportamiento sexual y, muchas veces, un cambio en él. La doble protección se define como la prevención simultánea de la infección de ITS /VIH y del embarazo no deseado, y aquí el condón como método de barrera desempeña un papel muy importante.

Aunque se encuentran dentro de las posibilidades de anticoncepción en el posparto de las adolescentes menores de 15 años, no recomendamos su uso por su alto porcentaje de falla anticonceptiva antes del año.

Su recomendación va hacia disminución de ITS en asocio con otros métodos anticonceptivos



Anexo 6

Directorio de entidades responsables del proceso de atención de la embarazada adolescente menor de 15 años

Sector salud

Ministerio de Salud y la Protección Social

Referente de salud sexual y reproductiva adolescentes: (1) 3 305000 Ext. 1496

Referente de salud materna: (1) 3 305000 Ext. 1497

Referente de violencia: (1) 3 305000 Ext. 1421

Direcciones Territoriales y Secretarías de Salud:

Referentes del tema de salud sexual y reproductiva (gestante adolescente, violencia de género) en las secretarías de salud departamentales.

Amazonas: Secretaría de Salud del Amazonas

Carrera 11 No. 3-29, Leticia. Tel. 9859-27451, fax 9819-27248

Antioquia: Secretaría de Salud de Antioquia

Calle 42 No. 52-186 Centro Administración. La Alpujarra, Medellín. Tel. 94-3858000, fax 94-2621134

Arauca: Instituto Departamental de Salud

Calle 21 No. 17-36, Arauca. Tel. 9798-52032, fax 9798-53344

Atlántico: Departamento Administrativo de Salud

Cra. 45 No. 44-12, Barranquilla. Tel. 95-3514166, fax 95-415578

Bogotá D.C.: Secretaría de Salud de Bogotá

Calle 13 Cra. 32, Bogotá D.C. Tel. 91-3101111, fax 91-2359287

Bolívar: Servicio Seccional de Salud
Edificio Asistencia Social Latinoamericana. Plazoleta Telecom, Cartagena. Tel. 956-644160, fax 956-646378

Boyacá: Secretaría de Salud Departamental
Avenida Colón No. 22A-16, Tunja. Tel. 987-424820, fax 987-424295

Caldas: Dirección Seccional de Salud
Edificio Gobernación Cra. 21 Calle 22 y 23, Manizales. Tel. 968-832816, fax 968-846956
Correo e.: fac@manizales.minsalud.gov.co

Caquetá: Instituto Departamental de Salud
Calle 19 No. 13-22, Florencia. Tel. 984-358776, fax 984-352180

Casanare: Secretaría Departamental de Salud
Cra. 21 No. 8-32, Yopal. Tel. 9863-57777, fax 9863-56566

Cauca: Servicio Seccional de Salud
Calle 5 No. 15-57, Popayán. Tel. 928-214444, fax 928-210639

Cesar: Secretaría Departamental de Salud
Transversal. 18 No. 19-65, Valledupar. Tel. 955-702528, fax 955-713570

Córdoba: Departamento Administrativo de Salud
Cra. 4 No. 29-19, Montería. Tel. 947-823235, fax 947-827328

Cundinamarca: Secretaría Departamental de Salud
Avenida El Dorado 47-73 Piso 6, Bogotá D.C. Tel. 91-4260000 ext. 3413, fax 91-4261886

Chocó: Departamento Administrativo de Salud
Calle 31 No. 4-44, Quibdó. Tel. 946-711379, fax 949-711741
Correo e.: dasalud@col2.telecom.com.co

Guainía: Secretaría Departamental de Salud
Ave. Los Fundadores Cra. 10, Puerto Inírida. Tel. 9816-56064, fax 9816-56037

Guaviare: Secretaría de Salud Departamental
Calle 7 No. 23-51, San José del Guaviare. Tel. 985-840011, fax 985-840528

Huila: Secretaría Departamental de Salud
Cra. 20 No. 5B-36, Neiva. Tel. 988-701978, fax 988-729748
Correo e.: saludhuila@latinmail.com.co

La Guajira: Departamento Administrativo de Salud
Calle 12 No. 8-19, Riohacha. Tel. 954-272295, fax 954-272293
Correo e.: salud@col3.telecom.com.co

Magdalena: Secretaría de Desarrollo de la Salud
Calle 22 No. 3-54, Santa Marta. Tel. 954-212358, fax 954-212307
Correo e.: ssmagda@santamarta.cetcol.net.co

Meta: Departamento Administrativo de Salud
Calle 37 No. 41-02, Villavicencio. Tel. 986-636031, fax 986-636036

Nariño: Instituto Departamental de Salud
Plazuela de Bomboná, Pasto. Tel. 927-235314, fax 927-232213

Norte de Santander: Servicio Seccional de Salud
Ave. 2 No. 12-35, Cúcuta. Tel. 975-715905, fax 975-712149
Correo e.: norsalud@col1.telecom.com.co

Putumayo: Departamento Administrativo de Salud
Calle 4 No. 8-26, Mocoa. Tel. 984-296071, fax 984-295907
Correo e.: dasaludp@col1.telecom.com.co

Quindío: Instituto Seccional de Salud
Calle 17N No. 11-30, Armenia. Tel. 967-411422, fax 967-411409

Risaralda: Servicio Seccional de Salud
Cra. 7 No. 43-30, Pereira. Tel. 963-265153, fax 963-365853

San Andrés: Secretaría Departamental de Salud
Serie Bay Hospital Santander, San Andrés. Tel. 9851-126312, fax 9851-126784

Santander: Secretaría de Salud Departamental
Calle 45 No. 11-12, Bucaramanga. Tel. 976-336233, fax 976-330856

Sucre: Departamento Administrativo de Seguridad Social en Salud
Cra 14 No. 15A-140 Sincelejo. Tel. 952-821814, fax 952-821814

Tolima: Secretaría de Salud del Tolima
Edificio de la Gobernación, piso 10, Ibagué. Tel. 982-637475, fax 982-636502
Correo e.: secsal@ibague.minsalud.gov.co

Valle: Secretaría Departamental de Salud
Edificio La Gobernación, Calle 9 Cra. 7, Cali. Tel. 92-8819026, fax 92-8813017
Correo e.: sesvalle@cali.minsalud.gov.co

Vaupés: Servicio Seccional de Salud
Barrio El Centro, Mitú. Tel. 9856-42052, fax 9856-42069

Vichada: Secretaría de Salud Departamental
Ave. Orinoco Calle 10, Puerto Carreño. Tel. 9856-54009, fax 9856-54151

Red pública de empresas sociales del estado, bogotá

- Hospital Usaquén I Nivel E.S.E., Carrera 7 119 – 00
- Hospital Chapinero I Nivel E.S.E., Calle 76 21 – 10, piso 2
- Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E., Diagonal 34 5 – 43, tel. 2882550
- Hospital San Cristóbal I Nivel E.S.E., Carrera 3 Este 16 – 73 Sur, tel. 2398411
- Hospital Usme I Nivel E.S.E., Transversal 2 A 135 – 78 Sur
- Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., Avenida Caracas 51- 21 Sur, tel. 2040344
- Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E., Carrera 78 A Bis 69 B – 70 Sur, tel. 7802064
- Hospital del Sur I Nivel E.S.E., Calle 35 A 75B – 17 Sur, tels. 4530715, 4543358
- Hospital Fontibón I Nivel E.S.E., Carrera 104 20 C - 21
- Hospital Engativá II Nivel E.S.E., Carrera 100 79 – 82, tel. 2913300
- Hospital Suba I Nivel E.S.E., Avenida Ciudad de Cali 152 – 00
- Hospital Rafael Uribe I Nivel E.S.E., Carrera 13 26 A – 34 Sur, tel. 2095002
- Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E., Calle 64 Sur 27 – 32, tel. 7180466
- Hospital Nazareth I Nivel E.S.E., Carrera 40 22 A – 70
- Hospital de Meissen II Nivel E.S.E., Calle 60 G Sur 18 A Bis – 09

- Hospital de Bosa II Nivel E.S.E., Calle 63D Sur 85 - 90, tel. 2781960
- Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E., Avenida 1 de Mayo 75 A - 19, tels. 4545851, 4480700
- Hospital La Victoria III Nivel E.S.E., Diagonal 39 Sur 3 - 20 Este, tels. 3675766, 2065750
- Hospital San Blas II Nivel E.S.E., Carrera 3 A Este 16 - 72 Sur, tels. 2891100, 2894248
- Hospital Santa Clara III Nivel E.S.E., Carrera 15 1 - 59 Sur, tels. 2454850 2338235. Calle 48B Sur 21 - 98, tels. 7676186, 7603000
- Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E., Carrera 7 165 - 00, tels. 6718796 6732600

Directorio red intersectorial de servicios

Coordinadores Red de Buen Trato Municipal o Local

Sector proteccion

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
 Direcciones seccionales
 Centros zonales
 Defensoría del Pueblo y personerías municipales

Directorio red intersectorial de servicios

Fiscalías:

Centros de atención integral a víctimas de delitos sexuales de la Fiscalía en el territorio nacional:

- Unidades de Reacción Inmediata (URI):
- Policía Judicial (SIJIN, DIJIN, CTI)
- Policía Nacional (Cualquier Estaciones de Policía del país)
- Comisarías de Familia



Anexo 7

Valoración del estado nutricional

La valoración del estado nutricional durante el embarazo es una herramienta de uso continuo y la antropometría es una medida rutinaria en los controles prenatales, por tal razón se debe estandarizar en el uso de una misma herramienta de clasificación e interpretación. De esta manera las mediciones permiten determinar la ganancia de peso de la mujer durante la gestación y predecir el crecimiento del bebé.

1.3.1. Indicadores en gestantes

Indicador
Índice de masa corporal para embarazadas

Se establece el índice de masa corporal gestacional para embarazadas propuesto por Atalah y Colaboradores de la Universidad de Chile, a partir de 6 semanas de gestación. Las categorías establecidas son: bajo peso (enflaquecida), normal, sobrepeso y obesidad. El cálculo de la edad gestacional constituye un aspecto fundamental en la clasificación y seguimiento nutricional que se realice.

1.3.2. Clasificación del estado nutricional según indicadores antropométricos

Semanas de gestación	Enflaquecida	Normal	Con sobrepeso	Obesa
6	<20	20 - 24.9	25 - 30	>30
7	<20.1	20.1 - 24.9	25 - 30	>30
8	<20.2	20.2 - 25	25.1 - 30.1	>30.1
9	<20.2	20.2 - 25.1	25.2 - 30.25	>30.25
10	<20.3	20.3 - 25.2	25.3 - 30.2	>30.2
11	<20.4	20.4 - 25.3	25.4 - 30.3	>30.3
12	<20.5	20.5 - 25.4	25.5 - 30.3	>30.3
13	<20.7	20.7 - 25.6	25.7 - 30.54	>30.54
14	<20.8	20.8 - 25.7	25.8 - 30.5	>30.5
15	<20.9	20.9 - 25.8	25.9 - 30.6	>30.6
16	<21.1	21.1 - 25.9	26 - 30.7	>30.7
17	<21.2	21.2 - 26	26.1 - 30.8	>30.8
18	<21.3	21.3 - 26.1	26.2 - 30.9	>30.9
19	<21.5	21.5 - 26.2	26.3 - 30.9	>30.9
20	<21.6	21.6 - 26.3	26.4 - 31	>31
21	<21.8	21.8 - 26.4	26.5 - 31.1	>31.1
22	<21.9	21.9 - 26.6	26.7 - 31.2	>31.2
23	<22.1	22.1 - 26.7	26.8 - 31.3	>31.3
24	<22.3	22.3 - 26.9	27 - 31.5	>31.5
25	<22.5	22.5 - 27	27.1 - 31.6	>31.6
26	<22.7	22.7 - 27.2	27.3 - 31.7	>31.7
27	<22.8	22.8 - 27.3	27.4 - 31.8	>31.8
28	<23	23 - 27.5	27.6 - 31.9	>31.9
29	<23.2	23.2 - 27.6	27.7 - 32	>32
30	<23.4	23.4 - 27.8	27.9 - 32.1	>32.1
31	<23.5	23.5 - 27.9	28 - 32.2	>32.2
32	<23.7	23.7 - 28	28.1 - 32.3	>32.3
33	<23.9	23.9 - 28.1	28.2 - 32.4	>32.4
34	<24	24 - 28.3	28.4 - 32.5	>32.5
35	<24.2	24.2 - 28.4	28.5 - 32.6	>32.6
36	<24.3	24.3 - 28.5	28.6 - 32.7	>32.7

37	<24.5	24.5 - 28.7	28.8 - 32.8	>32.8
38	<24.6	24.6 - 28.8	28.9 - 32.9	>32.9
39	<24.8	24.8 - 28.9	29 - 33	>33
40	<25	25 - 29.1	29.2 - 33.1	>33.1
41	<25.1	25.1 - 29.2	29.3 - 33.2	>33.2
42	<25.1	25.1 - 29.2	29.3 - 33.2	>33.2

Ganancia de peso materno

La ganancia de peso⁹ durante la gestación es importante para el crecimiento y desarrollo del feto y la salud materna. El peso en una mujer gestante debe ser evaluado y analizado desde el comienzo de la gestación y a partir de él orientar la atención nutricional específica para cada madre. El peso debe ser monitoreado constantemente, con el fin de predecir y evitar posibles complicaciones de salud para la madre y el feto.

Se espera que una mujer gestante comience a tener aumento de peso a partir del segundo trimestre de gestación, cuando su estado nutricional pregestacional es normal, con sobrepeso u obesidad; si por el contrario su estado nutricional pregestacional es deficiente, este aumento debe darse desde el primer trimestre de gestación.

Una forma sencilla de determinar la ganancia adecuada de peso para una madre es utilizando la clasificación del estado nutricional obtenida a partir del valor de IMC, el cual permite individualizar las recomendaciones de ganancia de peso en la madre, ya que cuando una madre tiene un IMC por debajo de lo normal, debe ganar mayor peso que una madre que tiene este indicador por encima de la normalidad.

En el siguiente cuadro se establecen los valores de referencia de ganancia de peso de acuerdo con el estado nutricional de la madre:

⁹ Universidad de Antioquia. Instructivo para la graficación y análisis del indicador de índice de masa corporal en mujeres gestantes.

Tabla 10. Valores de referencia para aumento de peso en la gestante

Estado nutricional según IMC	Valores de referencia IMC	Porcentaje de aumento de peso (***)	Ganancia de peso Kg/semana	Ganancia de peso total (Kg)
Enflaquecida	<20.0	30	0.5 – 1.0	12.5 – 18.5
Normal	20.0 - 24.9	20	0.4	11.5 – 16
Con sobrepeso	25 – 29.9	15	0.3	7 – 11.5
Con obesidad	>30.0	15	0.2	6 – 7

Atalah E. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional de las embarazadas. Revista Médica de Chile. Nº 125, 1997, pp1429-1463.
Adaptado: Restrepo M.



Anexo 8

Desarrollo metodológico de construcción y validación técnica y operativa del protocolo de atención a la menor de 15 años embarazada

Para el desarrollo de producto se hicieron efectivas diferentes instancias de construcción y validación técnica, de difusión y consulta en el ámbito regional y, por último, se efectuó la validación operativa o prueba piloto. A continuación se hace una breve descripción del proceso:

1. Construcción del protocolo

La necesidad de construir este protocolo se sustenta en la severidad de los riesgos que para la salud física y emocional conlleva el embarazo en cuestión, por la vulneración de derechos humanos, sexuales y reproductivos, por la deserción educativa a la que se expone a la madre y por las dificultades para mantener un entorno social y familiar acorde a su edad y necesidades.

Dado ese contexto, y con el ánimo de atenuar los efectos del evento, el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS- en alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-, se dieron a la tarea de desarrollar las estrategias para atender a esas menores en condiciones acordes a su situación. El proceso de construcción y validación realizado se describe a continuación:

El proceso de construcción de este protocolo se inició durante la ejecución del convenio 168 de 2011 suscrito entre el MSPS y el UNFPA, en un marco de derechos y con un enfoque diferencial sobre las normas e instrumentos vigentes para atender a otras mujeres en gestación. La tarea fue adjudicada a la Corporación Científica Pediátrica, la cual convocó a un grupo de médicos de diferentes especialidades y con amplia experiencia para construir el protocolo según las siguientes condiciones:

- Que fuera capaz de dar respuesta a la garantía y reparación de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos para las niñas menores de 15 años embarazadas y con lo cual, entre otras cosas, se respaldaran las decisiones de las jóvenes más allá de lo biológico;
- Que estuviera basado en la mejor evidencia científica disponible y se rigiera por la normatividad nacional e internacional vigente —con la exploración y la respuesta a los requerimientos particulares de atención especial de estas niñas—;
- Que fuera más allá de la atención del simple evento obstétrico y abordara la educación en puericultura y varios aspectos del vínculo madre hijo.
- Que ofreciera las alternativas necesarias para prevenir o planear los siguientes embarazos.
- Que fuera capaz de reducir la morbilidad materna, perinatal e infantil que se observa en este grupo.

Los expertos seleccionados para esta tarea figuran como autores de este documento y centraron sus esfuerzos en tres grandes campos de trabajo: i) el marco de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos relacionados; ii) la atención diferenciada para la atención prenatal, del parto y el puerperio; iii) y la anticoncepción para el postevento obstétrico.

Una vez revisada la evidencia y la normatividad aplicable, se generó una primera versión del protocolo que fue socializada entre los miembros del equipo para la debida articulación y coherencia de los temas.

2. Validación técnica por expertos

Con el Convenio 036 de 2012 del MSPS/UNFPA se realizó la validación del protocolo en diciembre de 2012. Con la versión preliminar, los autores hicieron una primera revisión y actualización con los ajustes normativos recientes y se convocó a un grupo amplio de expertos de entidades del gobierno, de la academia, de las asociaciones de profesionales, de instituciones de salud y de otros sectores que hicieron aportes invaluable al texto.

Para esta validación se llevaron a cabo tres sesiones de trabajo, cada una dedicada a los ejes definidos para el protocolo, a saber: i) el marco de derechos humanos y

derechos sexuales y reproductivos relacionados; ii) la atención diferenciada para la atención prenatal, del parto y el puerperio; iii) y la anticoncepción para el postevento obstétrico.

Los expertos participantes en las diferentes sesiones de validación técnica, incluyendo los constructores y personas relacionadas con el convenio, fueron las siguientes:

Tabla 11. Expertos participantes en el proceso de validación técnica del Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada

NOMBRE	INSTITUCIÓN	GRUPO DE TRABAJO		
		Derechos	Atención diferenciada	Anticoncepción
Corporación Científica Pediátrica				
Nubia Farías	Pediatra – Universidad Nacional	X		
Olga Lucía Restrepo	Pediatra – Universidad de Antioquia	X		
Néstor Balcázar	Ginecoobstetra - Saludcoop	X	X	X
Ivonne Díaz	Ginecoobstetra – Hospital Militar Central			X
Edgar Iván Ortiz	Ginecoobstetra – Universidad del Valle y HUV	X	X	X
Carlos A. Quintero	Ginecoobstetra – Universidad del Valle y HUV		X	
Jorge Mejía	Pediatra – Universidad del Valle		X	
Ministerio de Salud y Protección Social				
Diva Moreno	Adolescentes – Dirección de PyP	X	X	X
Lorenza Ospino	Salud Materna – Dirección de PyP	X		X
Germán Gallego	Salud Materna – Dirección de PyP	X	X	X
Diego Otero	Abogado - Dirección de PyP	X		
Juan Carlos Correa	Adolescentes – Dirección de PyP	X	X	X

Fondo de Población de Naciones Unidas y Convenio 036				
Mary Luz Mejía	Asesora de SSR – UNFPA		X	X
Elsa Victoria Henao	Salud Materna Convenio 036	X	X	X
Otras entidades				
Carolina Gómez	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	X		
Rocío Wilches		X		
José Luis Duque	Ginecoobstetra – Magistrado de Ética Médica, Universidades Nacional, del Bosque y de la Sabana		X	
Arturo Cardona	Ginecoobstetra - Docente Universidad de Medellín, Clínica El Prado		X	
Rogelio Méndez	Ginecoobstetra, Universidad de Cartagena, Clínica Rafael Calvo		X	
Ana María Bello	Ginecoobstetra, Universidad de Cartagena		X	
Ana Ruth Cortez	Ginecoobstetra – Hospital Rosario Pumarejo – Valledupar		X	
Héctor Benítez	Anestesiólogo – U. del Valle		X	
Gabriel Barbosa	Ginecoobstetra - Universidad Javeriana			X
Gloria Penagos	Ginecoobstetra - Universidad de Antioquia			X

Las sesiones de validación técnica fueron sistematizadas y se realizó una mesa de discusión con el equipo de trabajo para integrar al protocolo los ajustes sugeridos. Además de los ajustes, de este proceso surgieron una serie de conclusiones y recomendaciones que se presentan a continuación¹⁰:

- El protocolo se debe introducir no solo como un instrumento técnico con enfoque diferencial sustentado en los factores de riesgo de la población objeto, sino, además, como una respuesta a la garantía y reparación de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos para las niñas embarazadas de este grupo. Por

¹⁰ Diferentes de los ajustes sugeridos que aparecen como parte del protocolo

sus condiciones y alta vulnerabilidad física, psicológica y social, las niñas ameritan una consideración especial y que se tenga en cuenta las condiciones particulares de cada una, en estos ámbitos.

- Se debe hacer una amplia discusión y difusión, con todos los elementos de juicio necesarios, sobre la capacidad de autonomía y determinación de las niñas.
- Este protocolo debe establecer relaciones con otros momentos de la atención y otros temas de consulta.
- Los expertos consideran que el protocolo es viable y aplicable a todos los campos del ejercicio médico que se involucran para brindar una atención diferenciada.
- Frente al tiempo prolongado de hospitalización, se debe buscar ser muy efectivos en los objetivos planteados de atención, educación, puericultura y anticoncepción en los que se sustenta esta condición diferencial de la atención.
- El acompañante en control prenatal debe ser alguna persona mayor sin que por esto se excluya al padre del bebé; sin embargo, se debe ser cuidadoso, ya que el acompañante podría ser el responsable de abuso sexual y debería ser denunciado.

3. Validación territorial

Para socializar y consultar la factibilidad de su aplicación en las entidades del sector salud, se realizaron tres talleres regionales en las ciudades de Bogotá, Cali y Barranquilla con participación de 266 profesionales¹¹, de 21 DTS¹² y 170 entidades de salud.

La metodología para esta validación territorial consistió en una presentación amplia de la propuesta de protocolo y la realización de un taller en el cual los participantes se organizaban por grupos con otros asistentes de su misma entidad y por consenso¹³, diligenciaban el instrumento construido para identificar, con base en la experiencia de los diferentes roles, el estado actual¹⁴ de los factores diferenciales y su concepto

¹¹ 43,2% enfermeras, 36,8% médicos, 9,4% psicólogos y 5,3% ginecoobstetras.

¹² Amazonas, Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, Nariño, Risaralda, Santander, Tolima y Valle.

¹³ Con un total de 204 personas que diligenciaron 84 encuestas que dan cuenta de la situación en 16 direcciones territoriales de salud.

¹⁴ Con una escala de 4 variables: siempre, a veces, casi nunca o nunca.

sobre la aplicabilidad¹⁵, a futuro, para aquellos que aún no estuvieran presentes. Para ilustrar la aplicabilidad, se incluyó una columna de análisis cualitativo para que en cada encuesta se registrara “qué hay que hacer para implementarlo”.⁵

Como resultado de este ejercicio se construyó una línea de base con el estado actual de los factores diferenciales y se verificó que sí es posible implementar el protocolo en el territorio nacional, siempre y cuando se dé como una decisión política e institucional y se realice la capacitación y entrenamiento de los profesionales y técnicos involucrados en el proceso de atención.

Para la tabulación de los resultados es importante mencionar que como respuestas positivas se sumaron los resultados de las variables de “siempre” y “a veces”, y para ver las opciones de implementación, se tomaron las variables de “aplicable” y “medianamente aplicable”. El ítem de aplicabilidad solo se diligenciaba cuando la actividad no se lleva a cabo en la entidad y el resultado reportado toma en cuenta solo las instituciones a las que aplicaba esta condición.

Como resultados relevantes de la línea de base y aplicabilidad de los factores diferenciales del protocolo en cada uno de los capítulos definidos, se obtuvieron los siguientes:

Tabla 12. Resultados del proceso de validación territorial

ASPECTOS GENERALES		
CRITERIO	PORCENTAJE DE RESPUESTA FAVORABLE	
	LÍNEA DE BASE	APLICABILIDAD
¿En su entidad existe un marco de políticas y normas particulares para la atención de la embarazada menor de 15 años en la institución?	29,8	64,3
¿En su entidad se cuenta con medidas políticas o normas para prevenir el maltrato o violencia institucional contra las embarazadas menores de 15 años?	41,7	48,8

¹⁵ Con una escala de 4 variables: aplicable, medianamente aplicable, difícilmente aplicable o no aplicable.

¿En su entidad se identifica a la menor de 14 años embarazada como víctima de violencia sexual?	76,2	39,3
¿En su entidad se garantiza la privacidad de la menor de 15 años embarazada en los procesos de atención?	89,3	27,3
¿En su entidad se garantiza la confidencialidad de la menor de 15 años embarazada en los procesos de atención?	88,1	25,0
¿En su entidad se garantiza la entrega de información a la menor de 15 años embarazada en los procesos de atención?	88,1	34,6
¿En su entidad se garantiza la libre elección de acompañantes por parte de la adolescente en las actividades y fases del proceso?	75,0	32,1
¿En su entidad se educa a los funcionarios acerca de los derechos de la embarazada menor de 15 años o adolescentes?	50,0	54,8
¿En su entidad se notifican y/o reportan a adolescentes embarazadas menores de 14 años como violencia basada en género (VBG)?	71,4	8,3
¿En su entidad se hace búsqueda activa y notificación de violencia basada en género en adolescentes embarazadas menores de 14 años y más años?	60,7	9,5
¿Su entidad tiene acuerdos con otras entidades de protección y justicia para la atención integral a violencia basada en género?	61,9	29,7
ATENCIÓN PRENATAL		
CRITERIO	PORCENTAJE DE RESPUESTA FAVORABLE	
	LÍNEA DE BASE	APLICABILIDAD
¿En su entidad se da a las embarazadas menores de 15 años consejería previa sobre sus opciones frente a su embarazo (control prenatal, IVE, adopción)?	45,2	54,7
¿En su entidad se garantiza a las embarazadas menores de 15 años la libre escogencia de las opciones propuestas?	51,2	45,2

¿En su entidad se inicia de manera temprana el control prenatal a las embarazadas menores de 15 años (en el primer trimestre)?	88,5	41,7
¿En su entidad se garantiza la flexibilidad del horario de las consultas de control prenatal para facilitar el acceso de las embarazadas menores de 15 años?	71,4	34,5
¿En su entidad se permite y promociona que las embarazadas menores de 15 años estén acompañadas durante la atención prenatal por la persona a quien ellas elijan?	84,5	16,7
¿En su entidad el control prenatal de las embarazadas menores de 15 años es realizado por obstetra?	66,6	28,6
¿En su entidad se garantiza la atención interdisciplinaria (nutrición, psicología, trabajo social) de las embarazadas menores de 15 años?	63,0	36,9
¿En su entidad se evalúan los riesgos —con énfasis en los psicosociales— de las embarazadas menores de 15 años?	82,2	29,8
¿En su entidad se garantiza la entrega de información completa al acompañante (padres, familiares, amigos y/o compañero) de las embarazadas menores de 15 años?	83,3	27,4
¿En su entidad se garantiza el acceso a educación para la crianza del bebé a las embarazadas menores de 15 años?	58,4	34,5
¿En su entidad se realiza la ecografía temprana (primer trimestre) a las embarazadas menores de 15 años para confirmar la edad gestacional?	85,5	11,9
¿En su entidad se formula el suplemento con vitamina D a las adolescentes embarazadas menores de 15 años?	25,0	51,2
¿En su entidad se garantiza el control cada 3 a 4 semanas de las embarazadas menores de 15 años, hasta la semana 30 de gestación (3 o 4 según criterio del obstetra)?	71,4	27,4
¿En su entidad se garantiza el control quincenal de las embarazadas menores de 15 años, a partir de la semana 30 y hasta la semana 34 de gestación?	59,6	42,8

¿En su entidad se garantiza el control semanal de las embarazadas menores de 15 años, a partir de la semana 34 de gestación y hasta el parto?	53,6	41,6
ATENCIÓN DEL PARTO		
CRITERIO	PORCENTAJE DE RESPUESTA FAVORABLE	
	LÍNEA DE BASE	APLICABILIDAD
Si su institución no es la de mayor complejidad en su territorio, ¿se remite a las embarazadas menores de 15 años para atención del parto en el mayor nivel de complejidad disponible?	77,4	22,5
Si su institución es la de mayor complejidad en el territorio, ¿recibe y atiende los partos de las embarazadas menores de 15 años (no hace contrarreferencia a un nivel inferior de complejidad)?	41,6	10,7
¿En su entidad existe un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto) destinada para la atención a las embarazadas menores de 15 años?	26,2	29,8
¿En su entidad se garantiza el apoyo psicosocial a las embarazadas menores de 15 años durante el trabajo de parto?	60,7	31,0
¿En su entidad se garantiza la presencia de personal (voluntario) que puedan cumplir con las labores de acompañante de las embarazadas menores de 15 años, en ausencia de este?	26,2	38,1
¿En su entidad se garantiza el uso del partograma en todas las embarazadas menores de 15 años?	60,7	9,5
¿En su entidad el parto de las embarazadas menores de 15 años es atendido por obstetra?	48,8	13,1
¿En su entidad se garantiza la presencia de los acompañantes de las embarazadas menores de 15 años durante el trabajo de parto?	25,0	38,1
¿En su entidad se garantiza la analgesia obstétrica a todas las embarazadas menores de 15 años para el trabajo de parto y parto?	26,2	32,2

ATENCIÓN DEL PUERPERIO		
CRITERIO	PORCENTAJE DE RESPUESTA FAVORABLE	
	LÍNEA DE BASE	APLICABILIDAD
¿En su entidad se garantiza la hospitalización de 48 horas postparto para todas las menores de 15 años?	27,3	42,9
¿En su entidad se garantiza la hospitalización de 72 horas postcesárea para todas las menores de 15 años?	21,4	33,3
¿En su entidad se garantiza la educación en lactancia, puericultura, asistencia social y autocuidado en el postparto para todas las menores de 15 años?	75,0	21,5
¿En su entidad se garantiza que la adolescente que ha optado por dar en adopción al recién nacido reciba la consejería y apoyo social requerido para este proceso?	34,5	35,8
ANTICONCEPCIÓN		
CRITERIO	PORCENTAJE DE RESPUESTA FAVORABLE	
	LÍNEA DE BASE	APLICABILIDAD
¿En su entidad se garantiza la consejería en planificación familiar en el postparto para las menores de 15 años?	77,4	31,0
¿En su entidad se garantiza que la adolescente que acepta el método anticonceptivo (de acuerdo con su escogencia) le sea indicado antes del alta?	36,9	42,8
¿En su entidad se garantiza la consejería en planificación familiar en el postevento obstétrico (parto, IVE o aborto espontáneo para todas las menores de 15 años)?	60,7	29,8

Como resultados generales, se consolidaron los siguientes:

RESULTADOS GENERALES	Numero de items en el capítulo	PORCENTAJE DE RESPUESTA FAVORABLE POR CAPÍTULOS	
		LÍNEA DE BASE	APLICABILIDAD
ASPECTOS GENERALES	11	66,6	34,0
ATENCIÓN PRENATAL	15	66,0	35,0
ATENCIÓN DEL PARTO	9	43,6	25,0
ATENCIÓN DEL PUERPERIO	4	39,6	33,4
ANTICONCEPCIÓN	3	58,3	34,5
PROMEDIO GENERAL	42	58,3	32,4

Con un 58,3% de factores diferenciales que ya son aplicados en las instituciones y un concepto del 32,4% de que sí se pueden llevar a la práctica si se sigue el proceso de implementación se puede afirmar desde la prueba de validación territorial que el protocolo Sí es aplicable en las instituciones de salud. Para ello, frente a la pregunta sobre qué se debe hacer para implementarlo, se destacan los siguientes puntos:

- Debe existir una directriz normativa que apoye la decisión institucional de aplicar el protocolo.
- Se deben asignar algunos recursos para adecuaciones locativas menores que permitan ofrecer las condiciones de privacidad y protección establecidas en el protocolo.
- Se debe hacer evidente y posicionar entre los profesionales del sector la premisa de que la menor de 15 años gestante es una paciente de alto riesgo obstétrico y social para que sea atendida de manera integral en el más alto nivel de complejidad disponible.
- Se debe divulgar, sensibilizar y capacitar a los profesionales y técnicos del sector salud, incluidas las DTS, EPS e IPS en todos los componentes del protocolo para que su aplicación se traduzca en un proceso de atención diferenciado y de alta competencia, capaz de restablecer los derechos de estas menores y respetar sus decisiones, garantizar su salud y dar todas las garantías para evitar un embarazo subsiguiente.

Para esta validación, se aplicó el siguiente instrumento:

Instrumento para la validación regional del protocolo de atención de la embarazada menor de 15 años

OBJETIVOS	<p>Identificar las condiciones de atención de la menor de 15 años embarazada en comparación con lo expuesto en el protocolo respectivo propuesto.</p> <p>Consultar la opinión de las instituciones frente a las posibilidades actuales de aplicar el protocolo y determinar los factores críticos de éxito para su implementación.</p> <p>Validar el protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada.</p>			
INSTRUCTIVO	<p>Este instrumento es para su aplicación institucional (EPS-IPS).</p> <p>En el caso de las EPS, no aplican todos los ítems, por lo cual se solicita marcar la casilla No es aplicable, en aquellos puntos no pertinentes a la entidad.</p> <p>El instrumento se organiza en 5 títulos que abordan los diferentes momentos de la atención. En cada uno de ellos se enuncian los factores diferenciales de la atención de la embarazada menor de 15 años (según el protocolo) y se encuentran los ítems relacionados con esta parte del proceso de atención.</p> <p>Para identificar el estado actual de la institución, se utiliza una escala de frecuencia; para los casos en que las respuestas posibles sean solo SÍ o NO, se utilizarán los extremos de la escala y encontrará sombreados los espacios intermedios.</p> <p>Como una primera exploración de viabilidad en las condiciones actuales, se quiere consultar la opinión de las instituciones acerca de la posibilidad de aplicar el protocolo a partir de esta reunión. En este punto se utiliza una escala DE APLICABLE, MEDIANAMENTE APLICABLE o NO APLICABLE.</p> <p>Si lo enunciado en un ítem se realiza SIEMPRE en la entidad, no se debe responder la consulta sobre aplicabilidad. Si la respuesta es A VECES, CASI NUNCA o NUNCA, se debe responder la columna de aplicabilidad. De igual manera, se diligencie la columna ¿Qué hay que hacer para implementarlo? en los casos en que la respuesta de estado actual sea A VECES, CASI NUNCA o NUNCA y se describe brevemente si requiere inversiones monetarias, capacitación de los grupos médicos y profesionales, remodelaciones o construcciones nuevas, contratación de personal adicional, etc.</p>			
IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	EPS	IPS	Ciudad:	Dirección Departamental o Distrital de Salud a la que pertenece:
	Nombre de la entidad:			
PERSONA(S) QUE DILIGENCIA(N) EL INSTRUMENTO	Nombre:			Cargo:
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO				

FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS	ESTADO ACTUAL				APLICABILIDAD			¿QUÉ HAY QUE HACER PARA IMPLEMENTARLO?
	Siempre -SI-	A veces	Casi Nunca	Nunca -NO	Es aplicable	Medianamente aplicable	No es aplicable	
1. ASPECTOS GENERALES								
En su entidad, ¿existe un marco de políticas y normas particulares para la atención de la embarazada menor de 15 años?								
En su entidad, ¿se cuenta con medidas, políticas o normas para prevenir el maltrato o la violencia institucional contra las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se identifica a la menor de 14 años embarazada como víctima de violencia sexual?								
En su entidad, ¿se garantiza la privacidad de la menor de 15 años embarazada en los procesos de atención?								
En su entidad, ¿se garantiza la confidencialidad de la menor de 15 años embarazada en los procesos de atención?								
En su entidad, ¿se garantiza la entrega de información a la menor de 15 años embarazada en los procesos de atención?								
En su entidad, ¿se garantiza la libre elección de acompañantes por parte de la adolescente en las actividades y fases del proceso?								
En su entidad, ¿se capacita a los funcionarios acerca de los derechos de la embarazada menor de 15 años o adolescentes?								
En su entidad, ¿se reportan a adolescentes embarazadas menores de 14 años como violencias basadas en género -VBG?								
En su entidad, ¿se hace búsqueda activa y reporte de violencias basadas en género en adolescentes embarazadas menores de 14 años y más años?								
¿Su entidad tiene acuerdos con otras entidades de protección y justicia para la atención integral a violencia basada en género?								
2. ATENCIÓN PRENATAL								
En su entidad, ¿se da a las embarazadas menores de 15 años consejería previa sobre sus opciones frente al embarazo (control prenatal, IVE, adopción)?								
En su entidad, ¿se garantiza a las embarazadas menores de 15 años la libre escogencia de las opciones propuestas?								
En su entidad, ¿se inicia de manera temprana el control prenatal a las embarazadas menores de 15 años (en el primer trimestre)?								

FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS	ESTADO ACTUAL				APLICABILIDAD			¿QUÉ HAY QUE HACER PARA IMPLEMENTARLO?
	Siempre -SI-	A veces	Casi Nunca	Nunca -NO	Es aplicable	Medianamente aplicable	No es aplicable	
En su entidad, ¿se garantiza la flexibilidad del horario de las consultas de control prenatal para facilitar el acceso de las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se permite y promueve que las embarazadas menores de 15 años estén acompañadas durante la atención prenatal por la persona a quien ellas elijan?								
En su entidad, ¿el control prenatal de las embarazadas menores de 15 años lo realiza un obstetra?								
En su entidad, ¿se garantiza la atención interdisciplinaria (nutrición, psicología, trabajo social) de las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se evalúan los riesgos — con énfasis en los psicosociales — de las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se garantiza la entrega de información completa al acompañante (padres, familiares, amigos y/o compañero) de las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se garantiza el acceso a educación para la crianza del bebé a las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se realiza la ecografía temprana (primer trimestre) para confirmar la edad gestacional a las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se formula el suplemento con vitamina D a las adolescentes embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se garantiza el control cada 3 o 4 semanas (según criterio del obstetra) de las embarazadas menores de 15 años hasta la semana 30 de gestación?								
En su entidad, ¿se garantiza el control quincenal de las embarazadas menores de 15 años, a partir de la semana 30 y hasta la semana 34 de gestación?								
En su entidad, ¿se garantiza el control semanal de las embarazadas menores de 15 años, a partir de la semana 34 de gestación y hasta el parto?								
3. ATENCIÓN DEL PARTO								
Si su institución no es la de mayor complejidad en su territorio, ¿se remite a las embarazadas menores de 15 años para atención del parto en la de mayor nivel de complejidad disponible?								
Si su institución es la de mayor complejidad en el territorio, ¿recibe y atiende los partos de las embarazadas menores de 15 años (no hace contrarreferencia a un nivel inferior de complejidad)?								
En su entidad, ¿existe un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto) destinada para la atención de las embarazadas menores de 15 años?								

En su entidad, ¿se garantiza el apoyo psicosocial a las embarazadas menores de 15 años durante el trabajo de parto?								
En su entidad, ¿se garantiza la entrega de información completa a las embarazadas menores de 15 años y su acompañante acerca del proceso de parto y los procedimientos que se van a realizar?								
En su entidad, ¿se garantiza la presencia de personal (voluntario) que puedan cumplir con las labores de acompañante de las embarazadas menores de 15 años, en ausencia de él y durante el trabajo de parto y parto?								
En su entidad, ¿se garantiza el uso del partograma en todas las embarazadas menores de 15 años?								
En su entidad, ¿el parto de las embarazadas menores de 15 años es atendido por obstetra?								
En su entidad, ¿se garantiza la presencia de los acompañantes de las embarazadas menores de 15 años durante el parto?								
En su entidad, ¿se garantiza la analgesia obstétrica a todas las embarazadas menores de 15 años para el trabajo de parto y parto?								
4. ATENCIÓN DEL PUERPERIO								
En su entidad, ¿se garantiza la hospitalización de 48 horas postparto para todas las menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se garantiza la hospitalización de 72 horas post cesárea para todas las menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se garantiza la educación en lactancia, puericultura, asistencia social y autocuidado en el postparto para todas las menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se garantiza que la adolescente que ha optado por dar en adopción al recién nacido reciba la consejería y apoyo social requerido para este proceso?								
5. ANTICONCEPCIÓN								
En su entidad, ¿se garantiza la consejería en planificación familiar en el postparto para las menores de 15 años?								
En su entidad, ¿se garantiza que a la adolescente que acepta un método anticonceptivo (de acuerdo con su escogencia), este le sea iniciado antes del alta?								
En su entidad, ¿se garantiza la consejería en planificación familiar en el postevento obstétrico (PARTO, IVE o aborto espontáneo) para todas las menores de 15 años?								

4. Validación operativa – prueba piloto

Con este escenario, se procedió al diseño de una prueba piloto para verificar, desde la operación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, la factibilidad y aceptabilidad del protocolo. Este ejercicio se inició con la construcción de un instrumento que permitiera observar el cumplimiento de los factores diferenciales de la atención en los diferentes momentos del proceso de atención. Estos instrumentos fueron aplicados en 13 IPS públicas y privadas, de diferentes niveles de complejidad y de cinco regiones del país. A través de ellos se registró información de 121 pacientes con 126 procesos de atención que arrojaron información sobre los diferentes módulos de observación previstos: Captación y diagnóstico (72); Consejería (64); Control prenatal (73) Atención interdisciplinaria (77) Atención del trabajo de parto y parto (45); Atención durante el puerperio (46); Anticoncepción (45).

Las conclusiones generales de esta validación operativa se refieren a que la prueba confirma la factibilidad de aplicar lo establecido en el Protocolo de atención de la embarazada menor de 15 años. No obstante, se estableció la necesidad de que el grupo gestor analizara las intervenciones que presentaron dificultades al momento de ser ejecutadas, para definir la pertinencia de las mismas o, en su defecto, proponer acciones que faciliten su implementación en el marco de lo establecido en el SGSSS para la atención de este grupo etario.

Las observaciones y recomendaciones más relevantes fueron las siguientes:

- La mayoría de las menores embarazadas están llegando tardíamente al control prenatal.
- La consejería no se encuentra bien estructurada; debe normarse y definirse según el perfil de las personas responsables de su ejecución.
- Se desconocen los derechos de la menor embarazada en lo que se refiere a escoger libremente a su acompañante, ser atendidas en áreas destinadas específicamente para ellas, escoger libremente entre las opciones que la Ley les otorga frente a su embarazo, recibir la protección y el seguimiento adecuado; se omite la situación de victimización inminente de violencia sexual y no se reporta ni notifica el evento de manera rutinaria y se presentan sesgos por parte del personal de salud al momento de ofrecer la IVE como opción frente al embarazo.

- La atención interdisciplinaria requiere mecanismos que permitan el acceso a la consulta pediátrica y a la valoración por anestesia.
- El rol de la trabajadora social no cumple con lo que establece el protocolo, especialmente en la activación de la ruta crítica con el ICBF.
- Las actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación, la puericultura y la crianza en el primer y segundo trimestre son deficientes.
- En la mayoría de las IPS, las instalaciones no permitían la atención en un lugar individual para ella ni el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.
- La analgesia obstétrica no es una intervención de rutina en la atención del trabajo de parto y parto en embarazadas menores de 15 años.
- Los protocolos institucionales no permiten hospitalización por 48 horas después de parto normal y por 72 horas después de cesárea.
- Algunas instituciones solo disponen de anticonceptivos inyectables para el posparto y remiten a la paciente a la consulta externa para los implantes; otras remiten al nivel básico de atención para el inicio de la anticoncepción.
- Las regulaciones de las EPS están por encima de lo que ordena el protocolo de atención de la menor embarazada.

Posterior a la prueba piloto y para evaluar sus resultados, se realizó una sesión de trabajo (julio de 2013) con expertos, los constructores del protocolo y tutores de la prueba, y los líderes en las instituciones participantes en donde las principales conclusiones fueron las siguientes:

- Este protocolo favorece la perspectiva de prevención y promoción en la atención integral de los adolescentes y reduce los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Su implementación es una buena oportunidad para sensibilizar en este tema a las entidades del territorio nacional.
- De acuerdo con la experiencia, todos y cada uno de los factores diferenciales son aplicables (con mayor o menor grado de dificultad) pero requieren la voluntad política de todos los actores involucrados. Al verificar la aplicación se encontró que tanto las entidades públicas como las privadas, o integradas verticalmente, presentan distintos grados de implementación y no se identificó ningún factor que, en razón al tipo de entidad, no pueda ser aplicado.

- A partir de la premisa anterior, se plantea la necesidad de convertir el protocolo en norma de tal manera que los diferentes agentes relacionados con esta atención cumplan con lo que les corresponde en los requerimientos diferenciales.
- Como hipótesis, se puede pensar que el bajo número de complicaciones observadas en este grupo podría estar relacionado con la aplicación de los factores diferenciales en el proceso de atención.
- Un aspecto fundamental para superar las barreras administrativas y técnicas identificadas es clasificar a la menor como “paciente de alto riesgo” y no como “adolescente”
- En instituciones integradas verticalmente y con varias sedes de atención, se toma la decisión de llevar el protocolo a las demás entidades de su red propia. Esto demuestra la posibilidad de trabajar con las EPS en la superación de las dificultades y barreras detectadas en la prueba piloto y que podrían incidir en el proceso de implementación. De hecho, varias de las instituciones manifestaron que continuaron con la atención prevista en el protocolo después de la prueba piloto.
- En algunas de las entidades, la aplicación del protocolo generó la revisión de diversos procesos aplicables también a otro tipo de pacientes y a la reorganización de algunos servicios.
- Se presentan limitaciones administrativas dado que varios de los factores diferenciales de la atención aumentan el costo si se compara con la atención prenatal y de parto normales. Esto es más difícil en las instituciones que contratan por paquetes. Sin embargo, se exponen alternativas al tener en cuenta la definición de alto riesgo para estas niñas, y se recomienda revisar los códigos CUPS, ya que todas las actividades están previstas en él y por lo tanto son facturables. Este protocolo se podría complementar con listas de chequeo que verifiquen cada uno de los factores diferenciales de la atención de la menor de 15 años embarazada.

El instrumento utilizado para la validación operativa del protocolo en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es el siguiente instrumento:

Instrumento Para La Validación Operativa Del Protocolo De Atención De La Embarazada Menor De 15 Años En Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud

OBJETIVOS	Validar la aplicabilidad del Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada		
INSTRUCTIVO	<p>Este instrumento es para su aplicación institucional (IPS).</p> <p>Se debe aplicar en todos los casos en que se atienda una niña menor de 15 años embarazada, independientemente del tiempo de gestación que tenga o del motivo de consulta. Una vez incluida en la prueba, el instrumento deberá ser adjuntado a la historia clínica, y revisado y actualizado al terminar cada consulta o proceso de atención.</p> <p>El instrumento debe ser diligenciado por el profesional de salud que realiza la consulta o proceso de atención. Para ello, en varias de las preguntas, deberá indagar a la paciente en términos comprensibles para ella.</p> <p>Se utiliza un instrumento por cada paciente incluida en la prueba</p> <p>En ningún caso se debe diligenciar retrospectivamente el instrumento, así la paciente haya sido atendida en la institución. Este instrumento se diligencia a partir de la implementación del protocolo de atención a la menor de 15 años embarazada y toma cada caso a partir del proceso de atención que le corresponde, de acuerdo con la edad gestacional.</p> <p>El instrumento se organiza en 5 títulos que abordan los diferentes momentos de la atención y en cada uno de ellos se enuncian los factores diferenciales de la atención a la embarazada menor de 15 años, de acuerdo con el protocolo.</p> <p>Para diligenciar el instrumento, ubíquese en el momento gestacional de la paciente y en el proceso o tipo de atención que va a realizar y diligencie solamente lo relacionado con este proceso de atención.</p> <p>Diligencie en el instrumento el primer control prenatal que se realice una vez iniciada la validación operativa e incluya la paciente en la prueba. Registre los controles subsiguientes cuando estos correspondan a un trimestre diferente del embarazo.</p> <p>Para validar la aplicabilidad de las variables, marque SÍ o NO en cada una de ellas. En la columna de observaciones, anote aquellos aspectos que considere relevantes para el análisis de la aplicabilidad del protocolo.</p> <p>Para el diligenciamiento de este instrumento se requiere que en cada una de las organizaciones participantes se conforme un equipo multidisciplinario a cargo del ginecoobstetra o jefe de servicio.</p> <p>Este instrumento será aplicado también a pacientes que hayan tenido su parto en la institución, al momento del egreso.</p>		
IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN (ACTUAL)	Nombre de la entidad:	Ciudad:	Nivel de complejidad:
INSTITUCIÓN QUE REMITE A LA PACIENTE A ESTA ENTIDAD (SI APLICA)	Nombre de la entidad:	Ciudad:	Nivel de Complejidad: No aplica
PERSONA(S) QUE DILIGENCIA(N) EL INSTRUMENTO	Nombre:	Cargo:	
IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	Número de historia clínica:	Fecha de ingreso a la validación operativa:	
	Edad gestacional (en semanas) al momento de ingreso a la validación operativa:	Fecha de parto (si aplica):	

1. CAPTACIÓN: DIAGNÓSTICO Y CONSEJERÍA

No.	FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS	RESULTADO			OBSERVACIONES
		SÍ	NO	No aplica	
1.1 CAPTACION Y DIAGNÓSTICO					
Indique el perfil del profesional que realiza la captación que se está registrando (ej.: ginecoobstetra, médico general, enfermera, otro)					
1.1.1	¿El diagnóstico fue realizado en la institución?				
1.1.2	¿La paciente fue remitida a esta institución por un nivel inferior de complejidad?				
1.1.3	¿La paciente se clasifica como de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO en su primer contacto con la institución?				
1.1.4	¿La paciente es remitida a consulta de consejería?				
1.1.5	¿La paciente es remitida a control prenatal con OBSTETRA por considerarse de alto riesgo obstétrico?				
1.2 CONSULTA DE CONSEJERÍA					
Indique el perfil del profesional que realiza la captación que se está registrando (ej.: ginecoobstetra, médico general, enfermera, otro)					
1.2.1	¿Durante la consejería se entrega a la paciente información general sobre el embarazo?				
1.2.2	¿Durante la consejería se informa a la paciente sobre su derecho a escoger a su acompañante para los diversos procesos de atención?				
1.2.3	¿La paciente escoge libremente a su acompañante para la consejería?				
1.2.4	¿En esta consulta de consejería le preguntan sobre el padre del bebé y las circunstancias en que se dio el embarazo?				
1.2.5	¿Le informan a la paciente sobre la situación de victimización inminente por violencia sexual cuando se produce el embarazo en estas circunstancias?				
1.2.6	¿Se identifica a la menor de 14 años embarazada como víctima de violencia sexual?				
1.2.7	Si la respuesta anterior es positiva, ¿el caso se notificó o reportó como adolescente embarazada menor de 14 años víctima de violencias basadas en género -VBG?				

1.2.8	¿La paciente recibe consejería sobre sus opciones frente a su embarazo: crianza del bebe, interrupción voluntaria del embarazo -IVE- o entrega en adopción?				
1.2.9	¿La paciente menor de 14 años es informada sobre su derecho a la interrupción voluntaria del Embarazo -IVE?				
1.2.10	¿La paciente puede escoger libremente entre las opciones propuestas? (Sin la influencia clara de sus padres o acudientes, compañero u otros acompañantes)				
1.2.11	¿La paciente puede tomar las decisiones sin presiones ni malos tratos por parte del personal de la institución?				
1.2.12	Si la paciente opta por una IVE, ¿le explican y solicitan que firme un consentimiento informado?				
1.2.13	En el caso de haber optado por IVE, ¿la paciente recibe acompañamiento de la institución hasta garantizar la realización del procedimiento?				
1.2.14	¿Se da orientación a la paciente sobre con quién puede hablar en caso de tener dudas, inquietudes, miedos, y sobre cómo llevar su vida sexual sin complicaciones?				
1.2.15	Durante esta consulta, ¿se mantiene la privacidad de la menor mientras el proceso de atención?				
1.2.16	¿Es atendida en un lugar cómodo y privado?				
1.2.17	¿Se mantiene la confidencialidad de la información una vez realizada la consejería?				
1.2.18	¿Se mantiene en reserva su información y decisiones sobre su embarazo?				
1.2.19	¿Le explican a la paciente en qué circunstancias no se pueden mantener en secreto sus decisiones?				

2. ATENCIÓN PRENATAL

Indique el número de orden del control prenatal que se está registrando (ej.: primer control prenatal del primer trimestre)

Indique el perfil del profesional que realiza el control prenatal que se está registrando (ej.: ginecoobstetra, médico general, enfermera)

No.	FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS	RESULTADO			OBSERVACIONES
		SÍ	NO	No aplica	
2.1. CONTROL PRENATAL					
2.1.1	¿El control prenatal se inició de manera temprana, en el primer trimestre?				
2.1.2	En las citas de control prenatal, ¿se verifica que la paciente conoce sus derechos y se le informan o aclaran según el caso?				
2.1.3	¿Para el control prenatal se promueve y permite que la paciente esté acompañada por la persona a quien ella ha elegido?				
2.1.4	¿Se da información completa al acompañante (madre, padre, familiar, amigo o compañero) de la paciente?				
2.1.5	¿La paciente puede escoger libremente entre las opciones propuestas para su proceso de atención? (Sin la influencia clara de sus padres, acudientes, compañero u otro acompañante)				
2.1.6	¿Puede tomar las decisiones sin presiones ni malos tratos por parte del personal de la institución?				
2.1.7	¿En el control prenatal se le informa a la paciente sobre los tratamientos o procedimientos que le van a ser realizados?				
2.1.8	¿La paciente es informada sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar?				
2.1.9	¿En el control prenatal se le pregunta a la paciente sobre su estado emocional?				
2.1.10	¿En el control prenatal se escucha y se ofrece ayuda a la paciente cuando expresa miedo, tristeza o preocupaciones?				
2.1.11	¿Durante la consulta se mantiene la privacidad de la menor?				
2.1.12	¿Es atendida en un lugar cómodo y privado?				
2.1.13	¿Se mantiene en reserva la información y decisiones de la paciente sobre el embarazo?				

2.1.14	¿Se mantiene la confidencialidad de la información una vez realizada la consulta?				
2.1.15	¿La paciente se atiende de acuerdo con lo establecido para las pacientes de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO?				
2.1.16	¿A la paciente se le explican los peligros de su embarazo, los cuidados que requiere y los signos de alerta a los que debe estar atenta?				
2.1.17	¿El obstetra que realiza el primer control prenatal se encarga de coordinar el proceso de atención interdisciplinaria?				
2.1.18	¿El control prenatal de primera vez con obstetra se programa y realiza con una duración de mínimo 40 minutos?				
2.1.19	¿Los controles prenatales subsiguientes se programan y realizan con una duración de mínimo 30 minutos?				
2.1.20	Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación, ¿los controles prenatales se realizan cada mes con obstetra y cada mes con médico general o enfermera (intercalados) para que la paciente asista a controles al menos cada 15 días?				
2.1.21	Entre las semanas 30 y 34 de gestación, ¿la paciente tiene control prenatal cada 15 días con obstetra?				
2.1.22	A partir de la semana 34 de gestación, ¿la paciente recibe su control prenatal semanal en la institución de alta complejidad en donde va a ser atendido el parto?				
2.1.23	En el control prenatal posterior a la semana 34 de gestación en la institución de alta complejidad, ¿se hace un recorrido con la paciente para que familiarice con el ambiente y el equipo tratante?				
2.1.24	¿A la paciente se le realiza ecografía en el primer trimestre?				
2.1.25	¿A la paciente se le realiza ecografía en el segundo trimestre?				
2.1.26	¿A la paciente se le realiza ecografía en el tercer trimestre?				
2.1.27	En el primer trimestre o primer control, ¿a la paciente se le formula el suplemento con Vitamina D?				
2.1.28	En caso de que la paciente presente situaciones especiales, ¿está prevista la hospitalización como medida de protección? (víctimas de violencia basada en género, ubicaciones geográficas de difícil acceso, abandono, discapacidad)				
2.2.					
2.2.1	Al inicio de los controles prenatales, ¿la paciente se remite a control por pediatría para desarrollar temas de puericultura pre y posnatal?				

2.2.2	En el tercer trimestre, ¿la paciente se remite a control por pediatría para desarrollar temas de puericultura pre y posnatal?				
2.2.3	En el primer trimestre o primer control prenatal, ¿la paciente se remite a consulta por nutrición?				
2.2.4	¿Los controles por nutrición se mantienen durante la gestación según indicación de la nutricionista?				
2.2.5	En el primer trimestre o primer control prenatal, ¿la paciente se remite a consulta de salud mental por psicología o psiquiatría?				
2.2.6	¿Los controles por salud mental se mantienen durante la gestación según indicación del profesional que realiza la consulta?				
2.2.7	En el primer trimestre o primer control prenatal, ¿la paciente se remite a trabajo social?				
2.2.8	¿En trabajo social se aplica el ECOMAPA para determinar la condición y riesgos psicosociales de la paciente?				
2.2.9	¿Trabajo Social coordina con el ICBF un plan de protección para la menor de 14 años embarazada?				
2.2.10	¿Trabajo Social hace seguimiento a la paciente y al plan de protección coordinado con el ICBF para la menor de 14 años embarazada?				
2.2.11	Desde el primer trimestre o primer control prenatal, ¿se orienta a la paciente para que asista a actividades individuales o colectivas de educación para el cuidado de la gestación, la puericultura y la crianza?				
2.2.12	En el segundo trimestre, ¿la paciente ha iniciado y está recibiendo educación para la crianza del bebe y puericultura?				
2.2.13	A partir de la semana 34 de gestación, ¿la paciente se remite para valoración anestésica en la institución donde va a tener el parto?				

3. ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

No.	FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS	RESULTADO			OBSERVACIONES
		SÍ	NO	No aplica	
3.1	¿La institución en la que se atiende el parto es la de mayor complejidad en el territorio de referencia?				
	En caso de que su institución NO sea la de mayor complejidad y el parto sea atendido en su entidad, especifique las razones por las cuales NO fue la remitida, en la columna de observaciones.				
3.2	¿La paciente fue admitida en la entidad en la fase latente del trabajo de parto (3 a 4 contracciones en 10 minutos de 40 segundos de duración y con cambios cervicales no mayores de 3 cm)?				
3.3	Si la gestante tiene factores de riesgo especiales, ¿fue admitida por la institución antes de la fase latente del trabajo de parto?				
3.4	A las gestantes que estén en observación y vayan a ser dadas de alta por no estar en fase latente de trabajo de parto, ¿se les realiza un nuevo examen médico antes de dejar el hospital?				
3.5	En el caso anterior, ¿el examen incluye monitoría del bienestar fetal?				
3.6	¿Se entrega información completa a la paciente y su acompañante, acerca del proceso del parto y los procedimientos que se van a realizar?				
3.7	¿El acompañante escogido por la paciente está presente durante el trabajo de parto y el parto?				
3.8	En ausencia de un acompañante escogido por la paciente, ¿se cuenta con una persona de la institución o voluntaria para acompañarla durante el proceso?				
3.9	En el caso anterior, ¿se presta apoyo psicosocial a la paciente durante el trabajo de parto? En la columna de observaciones, especifique el tipo de profesional que realiza el apoyo psicosocial.				
3.10	¿Se orienta a la paciente sobre la importancia de conocer y firmar un consentimiento informado para la realización de los procedimientos requeridos durante el trabajo de parto y parto?				
3.11	¿La paciente permanece en un área específica (separada de otras pacientes en trabajo de parto y parto) destinada para la atención de las menores de 15 años?				

3.12	¿El examen clínico para ingreso de la paciente es practicado por el obstetra?				
3.13	Durante el primer periodo del parto (dilatación y borramiento) ¿la paciente recibe analgesia obstétrica?				
3.14	Durante el primer periodo del parto, ¿se lleva el registro de partograma de la paciente?				
3.15	Durante el segundo período del parto, ¿el obstetra evalúa la pelvis y los mecanismos del parto para atender oportunamente el alto riesgo de un parto obstruido?				
3.16	¿El parto es atendido por un ginecoobstetra?				
3.17	¿Durante el parto la paciente recibe analgesia obstétrica?				
3.18	¿Se garantiza el manejo activo del tercer período del parto? (alumbramiento)				
3.19	¿Durante el trabajo de parto y parto, la paciente puede tomar las decisiones del caso sin presiones ni malos tratos por parte del personal de la institución?				
3.20	¿Durante el trabajo de parto y parto se mantiene la privacidad de la menor?				
3.21	¿La paciente es atendida en un lugar cómodo y privado?				
3.22	¿Se mantiene la confidencialidad de la información una vez atendido el parto?				
3.23	¿Se mantiene en reserva su información y decisiones?				

4. ATENCIÓN DEL PUERPERIO

No.	FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS	RESULTADO			OBSERVACIONES
		SÍ	NO	No aplica	
4.1	La paciente de postparto normal, ¿permanece hospitalizada al menos 48 horas en la entidad?				
4.2	En caso de haberse practicado cesárea, ¿la paciente permanece hospitalizada al menos 72 horas en la entidad?				
4.3	Durante el postparto, ¿la paciente recibe educación en lactancia, puericultura y autocuidado por parte del personal de enfermería?				
4.4	¿La paciente es informada sobre sus opciones de dar en adopción o seguir con la crianza de su bebé?				
4.5	Si la adolescente optó por dar en adopción al recién nacido, ¿recibe la consejería y apoyo social para este proceso?				
4.6	¿La paciente puede tomar las decisiones sin presiones ni malos tratos por parte del personal de la institución?				
4.7	Durante el puerperio, ¿se mantiene la privacidad de la menor?				
4.8	¿Es atendida en un lugar cómodo y privado?				
4.9	¿Se mantiene la confidencialidad de la información durante el puerperio?				
4.10	¿Se mantiene en reserva su información y decisiones ?				
4.11	¿La paciente es informada acerca de la importancia de registrarse y consultar en servicios amigables para jóvenes sobre control de su salud sexual y reproductiva?				
4.12	¿La paciente es informada sobre la importancia de registrar al recién nacido en un programa de crecimiento y desarrollo para su atención integral?				
4.13	¿La paciente es informada sobre otros servicios de la institución o de otras instituciones que le pueden ayudar?				
4.14	¿Se cita a la paciente a consulta a los siete días posparto?				
4.15	¿Se cita a la paciente a un nuevo control entre las cuatro y las seis semanas posparto para verificar anticoncepción, lactancia y redes de apoyo?				

5. ANTICONCEPCIÓN

No.	FACTORES DIFERENCIALES EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS	RESULTADO			OBSERVACIONES
		SÍ	NO	No aplica	
5.1	¿La paciente recibe orientación y consejería sobre anticoncepción durante la hospitalización en el postparto?				
5.2	¿La paciente selecciona un método anticonceptivo para utilizar en su postparto?				
5.3	¿El método anticonceptivo seleccionado por la paciente le es instalado - iniciado antes de ser dada de alta?				
5.4	¿Le son explicados los cuidados que debe tener para el mejor funcionamiento del método seleccionado?				
5.5	¿La paciente puede tomar las decisiones sobre anticoncepción sin presiones ni malos tratos por parte del personal de la institución?				
5.6	Durante este proceso, ¿se mantiene la privacidad de la menor?				
5.7	¿Es atendida en un lugar cómodo y privado?				
5.8	¿Se mantiene la confidencialidad de la información de anticoncepción?				
5.9.	¿Se mantiene en reserva su información y decisiones?				



Bibliografía

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17).

Amaya, J., Borrero, C. y Ucrós, S. (2005). Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 56(3), 216-24. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300004&lng=en.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2007). ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstetrics and gynecology*, 110(6), 1493.

American Medical Association Profiles of Adolescents Health (1991). Adolescent health care: use, costs and problems of access. Chicago.

Baird, A. S. y Porter, C. C. (2011). Teenage pregnancy: strategies for prevention. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 21(6), 151-157.

Barros, R.P. y Mendonca, R S. (1991). As consecuencias da pobreza sobre a infancia e a adolescência. En A. Fausto y R. Cervini (eds.). *O trabalho ea rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. In *O trabalho ea rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80* (pp. 48-55). Sao Paulo: Cortez editorial

Berenson, A. B. y Wiemann, C. M. (1995). Use of levonorgestrel implants versus oral contraceptives in adolescence: a case-control study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 172(4), 1128-1137.

Berenson, A. B., y Wiemann, C. M. (1997). Contraceptive Use among Adolescent Mothers at 6 Monts Postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 89(6), 999-1005.

Blythe, M. J. y Díaz, A. (2007). Contraception and adolescents. *Pediatrics*, 120(5), 1135-1148.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud (2009). Embarazo adolescente: un problema culturalmente complejo. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>.

Buske, L. (2007). Teen pregnancy rate down, abortion rate up. *American Family Physician*, 75(9).

Buvinic, M., Morrison, A. y Orlando, M. B. (2005). *Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Calderón Candia, Y. O., Requejo Morales, D. T. y Tam Phun, E. S. (2008). Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes. *Rev. enferm. herediana*, 1(1), 11-18.

Cardona Tamayo, C. E. (2003). *Despenalización del aborto en Colombia: un asunto de derechos humanos de las mujeres*. Bogotá: Corporación Casa de la mujer: Recuperado de: <http://www.voltairenet.org/article130260.html>.

Castillo Venerio, M. (2007). Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política. *Serie Población y Desarrollo Serie*, 81, 7-80. CEPAL-Oficina de Nicaragua, UNFPA, CELADE

Clarke, J. (2010). Repeat Teenage Pregnancy in Two Cultures—The Meanings Ascribed by Teenagers. *Children & Society*, 24(3), 188-199.

Climent, G. (2003). La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. El interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas. *Revista Argentina de Sociología*, 1(1), 77-93.

Committee on Adolescence (1989). Adolescent Pregnancy. *Pediatrics*, (83), 132-134.

Compilación normativa en salud sexual y reproductiva (2013). Organización para la Excelencia en Salud, OES, para el Convenio 036 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá, D. C.

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M. y Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(2), 342-349.

CONTRIBUTORS, S. (2006). Canadian Contraception Consensus—Update on Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA). *J Obstet Gynaecol Can*, 28(4), 305-308.

Cromer, B. A., Bonny, A. E., Stager, M., Lazebnik, R., Rome, E., Ziegler, J.,... y Secic, M. (2008). Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertility and sterility*, 90(6), 2060-2067.

Cromer, B. A., Lazebnik, R., Rome, E., Stager, M., Bonny, A., Ziegler, J., & Debanne, S. M. (2005). Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(1), 42-47.

Cromer, B. A., Smith, R. D., Blair, J. M., (1994). A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 94, 687-694.

Cundy, T., Ames, R., Horne, A., Clearwater, J., Roberts, H., Gamble, G. y Reid, I. R. (2003). A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(1), 78-81.

Davis, T. M. (2002). An Examination of Repeat Pregnancies Using Problem Behavior Theory: Is it Really Problematic?. *Journal of Youth Studies*, 5(3), 337-351.

Deans, E. I. y Grimes, D. A. (2009). Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception*, 79(6), 418-423.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE (s. f.). Estadísticas vitales. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4647-nacimientos-2013>

Departamento Nacional de Planeación, DNP (2011). Documento CONPES Social 140. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Bogotá D.C.

Di Cesare, M. (2006). Estudio sobre Patrones Emergentes en la Fecundidad y la Salud Sexual y Reproductiva y sus Vínculos con la Reducción de la pobreza en América latina. documento presentado a la Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, 14. Recuperado de <http://www.cepal.cl/celade/noticias/paginas/5/27255/DiCesare.pdf>

DNP, BID y CEDE-Universidad de los Andes (2005). Violencia en las familias colombianas; costos socioeconómicos, causas y efectos. Bogotá, D. C.: Editorial Múnera.

Dryfoos, J.G. (1993). *Adolescents at risk: prevalence and prevention*. New York. dryfoos j; (1981); *teenage pregnancy: the problem that hasn't gone away*, Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. Oxford University Press. Dryfoos, J. G. (1994). *Full-service schools: A revolution in health and social services for children, youth, and families*. Jossey-Bass. Dryfoos, J. G. (1998). *Safe passage: making it through adolescence in a risky society*. PPFY NETWORK, 1(1), 8.

Encuesta nacional de demografía y salud, ENDS (1990, 1995, 2000, 2005, 2010). Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php>

Fernández Zapata, X. (1996). *Garantía de la Calidad: Protocolos Técnicos de Tratamiento*. En *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 57(4). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/gcalidad1.htm.

Flórez, C. E. y Soto, V. E. (2007). *Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia*. *Notas de población*, 83, 44-74.

Flórez, C. E. y Soto, V. E. (2013). *Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia*. Serie de Estudios a profundidad, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá, D. C.: Profamilia, UNFPA, Fundación Corona, Fundación Hernán Echavarría, Instituto de Ciencia Política, DNP, Alta Consejería para la Equidad de la Mujer, Colombia Joven.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, MPS (2007). *Servicios amigables para adolescentes y jóvenes (SAS): un modelo para adecuar respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá D.C.

Ford, K. (1983). *Second pregnancies among teenage mothers*. *Family Planning Perspectives*, 15(6), 268-269.

Gans, J. E., McManus, M. A. y Newacheck, P. W. (1991). *Adolescent health care: use, costs, and problems of access*. *American Medical Association*, 2, 3-7.

Gaviria, A. (2000). *Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas*. *Coyuntura social*, 23, 83-94. Recuperado de ftp://ftp.fedesarrollo.org.co/pub/r_social/2000/NOV/Alejandro20Gaviria2.pdf.

Glass, T. L., Tucker, K., Stewart, R., Baker, T. E. y Kauffman, R. P. (2010). Infant Feeding and Contraceptive Practices Among Adolescents with a High Teen Pregnancy Rate: A 3-Year Retrospective Study. *Journal of Women's Health*, 19(9), 1659-1663.

Goicolea, I. (2010). Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: a rights and gender approach to girls' sexual and reproductive health. Umeå University Medical Dissertations. New Series, 1294. Epidemiology and Global Health, Department of Public Health and Clinical Medicine Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Sciences, Umeå University, SE-901 87 Umeå, Sweden.

Gómez, L. (2007). Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. Universidad de Antioquia. *CCAP*, 7(4), 38-50.

Greydanus, D. E., Patel, D. R. y Rimsza, M. E. (2001). Contraception in the Adolescent: An Update. *Pediatrics*, 107, 562-573.

Grimes, D. A. (1999). DMPA and bone density loss: an update. *The Contraception Report*, 5, 4-7.

Guazzelli, C. A. F., de Queiroz, F. T., Barbieri, M., Torloni, M. R. y Araujo, F. F. (2010). Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception*, 82(3), 256-259.

Guía para la atención de la embarazada adolescente (2006). Buenos Aires: Maternidad Sarna.

Guilbert, E. R., Brown, J. P., Kaunitz, A. M., Wagner, M. S., Bérubé, J., Charbonneau, L.,... y Morin, R. (2009). The use of depot-medroxyprogesterone acetate in contraception and its potential impact on skeletal health. *Contraception*, 79(3), 167-177.

Gupta, N., Kiran, U. y Bhal, K. (2008). Teenage Pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 165-171.

Hartman, A. (1978). *Social Casework*, 59(8), 465-476. Recuperado de <http://www.historyofsocialwork.org/eng/details.php?cps=22>.

Hayes, C. D. (1987). *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing* (Vol. 2). Natl Academy Pr.

Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A. y Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320-327.

Issler J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N*, 107, 11-23.

Jacoby, M., Gorenflo, D., Black, E., Wunderlich, C. y Eyler, A. E. (1999). Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *American journal of preventive medicine*, 16(4), 318-321.

Kinsella, E., Crane, L., Ogden, L. y Stevens-Simon, C. (2007) Characteristics of Adolescent Women Who Stop Using Contraception after Use at First Sexual Intercourse. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(2).

Klerman, L. V. (2004). Another chance: Preventing additional births to teen mothers. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Langille, D. B. (2007). Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. *Public Health*.

Lewis, L. N., Doherty, D. A., Hickey, M. y Skinner, S. R. (2010). Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*, 81(5), 421-426.

Linares, B. (2007) Presentación sobre "Ley de Infancia y Adolescencia frente al maltrato y la violencia infantil" en Foro: Maltrato Infantil. Auspiciado por Plan Internacional, El País, Caracol radio, RCN radio, Noticiero 90 minutos, Noti5, Cámara de Comercio de Cali. Cali enero 31 2007. Cámara de Comercio.

Lira, J., Oviedo, H., Zambrana, M., Ibargüengoitia, F. y Ahued, R. (2005). Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Ginecol Obstet Mex. [Seriada en línea]*, 73, 407-14.

López, L. M., Grimes, D. A., Schulz, K. F. y Curtis, K. M. (2011). Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 7.

McAnarney, E. R. y Hendee, W. R. (1989). Adolescent pregnancy and its consequences. *Jama*, 262(1), 74-77.

McAnarney, E. R., Roghmann, K. J., Adams, B. N., Tatelbaum, R. C., Kash, C., Coulter, M.,... y Charney, E. (1978). Obstetric, neonatal, and psychosocial outcome of pregnant adolescents. *Pediatrics*, 61(2), 199-205.

Milne, D. y Glasier, A. (2008). Preventing repeat pregnancy in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 20(5), 442-446.

Ministerio de la Protección Social (2005). Norma técnica de atención del parto en Colombia (Contendía en la Resolución 412 de 2000) Bogotá, D. C.

Ministerio de Protección Social (2006). Guía para la atención del parto en Colombia, niveles de evidencia. Bogotá, D.C.

Ministerio de la Protección Social de Colombia, MPS (s. f.). Programa nacional de salud, 2002-2006. Bogotá D.C.

Ministerio de la Protección Social de Colombia, MPS, NORMA 412, que contiene “Norma técnica de Atención del parto”, “Atención del Recién Nacido” (2005) Detecciones de Alteraciones de desarrollo del menor de 10 años” “Detección de Alteraciones del Desarrollo del joven de 10 a 29 años (2000).

Mmari, K. N. y Magnani, R. J. (2003). Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health*, 33(4), 259-270.

Nandini Gupta, Usha Kiran, Kiron Bhal. Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2008; 137: 165–171.2005; 192: 342-349. ¿ES LA MISMA 49?

O’Dell, C. M., Forke, C. M., Polaneczky, M. M., Sondheimer, S. J. y Slap, G. B. (1998). Depot medroxyprogesterone acetate or oral contraception in postpartum adolescents. *Obstetrics & Gynecology*, 91(4), 609-614.

Organización Mundial de la Salud, OMS, Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud (2010). Informe Indicadores Básicos. Situación de Salud en Colombia.

Organización Panamericana de la Salud -OPS y Organización Mundial de la Salud - OMS (2009). El embarazo en adolescentes. *Cochrane Database*.

Organismo regional andino de salud, Convenio Hipólito Enanque, Comité subregional andino para la prevención del embarazo en adolescentes (2008). El embarazo en adolescentes en la subregión andina. Perú.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2011). Informe de estadísticas sanitarias mundiales.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2006). Estrategia de cooperación con Colombia 2006-2010. Bogotá, D. C.

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A. y Ehiri, J. E. (2009). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4).

Oviedo Cruz, H., Lira, J., Ito Nakashimada, A. I. y Grosso Espinoza, J. M. (2007). Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex*, 75, 17-23.

Pacheco, C. I. (2007) La vivencia de la sexualidad: encuentros y desencuentros del imaginario del mundo real. El carnaval de los desencuentros: la construcción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en adolescentes, (pp. 55-107). Bogotá: Centro Editorial Universidad el Rosario.

Pacheco, C. I. (2011). Bogotá: gestión del conocimiento para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente. En Secretaría de Salud Distrital, SDS y Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, UNFPA (eds.), *Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos: experiencias de gestión del conocimiento* (pp. 26-54). Bogotá D.C.

Ponce, R., Ramírez, C. y Sáenz, C. (2004). Perfil sociodemográfico de las puérperas y su relación con el nivel de conocimiento sobre prevención de mastitis (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Power, J., French, R. y Cowan, F. (2008). Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods for preventing pregnancy (Review). *Cochrane Fertility Regulation Group*.

Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villarreal, C. (2011). Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Nueva York: Instituto Allan Guttmacher. Recuperado de <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf>

Prieto, M. (2010). Conocimientos, creencias, imaginarios y conductas sexuales en un grupo de adolescentes gestantes (tesis de Pediatra). Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Reeder, S., Martín, L. y Koniak D (eds.) (2000). Enfermería Materno-Infantil (17ª. ed.). México DF: Editorial Interamericana McGraw-Hill.

Reime, B., Schücking, B. A. y Wenzlaff, P. (2008). Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BMC pregnancy and childbirth*, 8(1), 4.

República de Colombia (2000). Ley 599. Código penal. Bogotá, D. C.: Diario Oficial No. 44.097 artículos 208 y 209.

Restrepo, O. (2010). Crecimiento y desarrollo del adolescente. En J.F. Gómez, O. F. Salazar y A. Quevedo (coords.), *La crianza en los nuevos tiempos: una mirada académica* (pp. 122-135). Departamento de Pediatría y Puericultura, Universidad de Antioquia.

Restrepo, O. (s. f.). Aborto y anticoncepción en adolescentes: retos, habilidades y competencias del pediatra. En *Saberes y argumentos compartidos* (pp. 333-354). Memorias del XXV curso de actualización de residentes de pediatría de la Universidad de Antioquia. Medellín.

Rigsby, D. C., Macones, G. A. y Driscoll, D. A. (1998). Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 11(3), 115-126.

Rincón Suárez, L. J. (2007). Desencuentros estructurantes-estructuras desencontradas: los Derechos Sexuales y Reproductivos de los y las adolescentes en el discurso institucional. *El carnaval de los desencuentros: la construcción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en adolescentes*, (p. 160). Bogotá: Centro Editorial Universidad el Rosario.

Rodríguez Artalejo, F. y Ortún Rubio, V. (1990). Los protocolos clínicos. *Medicina clínica*, 95(8), 309-316.

Rosenberg, L., Zhang, Y., Constant, D., Cooper, D., Kalla, A. A., Micklesfield, L. y Hoffman, M. (2007). Bone status after cessation of use of injectable progestin contraceptives. *Contraception*, 76(6), 425-431.

Sánchez, R. et al., (2004). Propuesta técnica y análisis financiero para la reglamentación de la oferta de servicios de prevención, detección temprana y atención integral de la violencia intrafamiliar en los planes de beneficio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Informe de gestión, Convenio interadministrativo de cooperación 00270 /03). Ministerio de la Protección Social y Universidad Nacional de Colombia - División de Extensión, Bogotá, D. C.

Scholes, D., LaCroix, A. Z., Ichikawa, L. E., Barlow, W. E. y Ott, S. M. (2005). Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(2), 139-144.

Scholl, T. O., Hediger, M. L. y Belsky, D. H. (1994). Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 15(6), 444-456.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Fondo de Población de Naciones Unidas (2007). Gestión de servicios de anticoncepción moderna. Modelo y Guía para el Mejoramiento Continuo. Bogotá, D. C.

Silbert, ? (1983). *Ethical Issues in the Treatment of Children and Adolescents*. Thorofare.

Sivin, I., Campodonico, I., Kiriwat, O., Holma, P., Díaz, S., Wan, L.,... & Stern, J. (1998). The performance of levonorgestrel rod and Norplant contraceptive implants: a 5 year randomized study. *Human Reproduction*, 13(12), 3371-3378.

Sivin, I., Mishell Jr, D. R., Darney, P., Wan, L. y Christ, M. (1998). Levonorgestrel capsule implants in the United States: a 5-year study. *Obstetrics & Gynecology*, 92(3), 337-344.

Stevens-Simon, C., Dolgan, J. I., Kelly, L. y Singer, D. (1997). The Effect of Monetary Incentives and Peer Support Groups on Repeat Adolescent Pregnancies A Randomized Trial of the Dollar-a-Day Program. *Jama*, 277(12), 977-982.

Stevens-Simon, C., Kelly, L., Singer, D. y Nelligan, D. (1998). Reasons for first teen pregnancies predict the rate of subsequent teen conceptions. *Pediatrics*, 101(1), e8-e8.

Templeman, C. L., Cook, V., Goldsmith, L. J., Powell, J. y Hertweck, S. P. (2000). Postpartum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstetrics & Gynecology*, 95(5), 770-776.

The National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2005). Long-acting reversible contraception - Clinical Guideline 30. London, United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Thurman, A. R., Hammond, N., Brown, H. E. y Roddy, M. E. (2007). Preventing repeat teen pregnancy: postpartum depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptive pills, or the patch? *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 20(2), 61-65.

UNFPA (s. f.). Estado de la población mundial 2010. Desde conflictos y crisis hacia la renovación: generaciones de cambio (pp. 39-47). Recuperado de http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/swop_2010_spa.pdf

Valero de Bernabé, J., Soriano, T., Albaladejo, R., Juarranz, M., Calle, M. E., Martínez, D. y Domínguez-Rojas, V. (2004). Risk factors for low birth weight: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(1), 3-15.

Wartenberg, L. (1999). Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. Bogotá, Editorial Gente Nueva.

World Health Organization y UNICEF. (2004). Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005). WHO statement on hormonal contraception and bone health. *Weekly epidemiological record*, 35, 302-4.

World Health Organization. Reproductive Health (2010). Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/index.htm.

Yen, S., Saah, T. y Adams Hillard, P. J. (2010). IUDs and adolescents—an under-utilized opportunity for pregnancy prevention. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 23(3), 123-128.