

PROCOLO

PROCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCION- MATERNA-MENOR-A-15-AÑOS, ADOPTADO SEGÚN RESOLUCION INTERNA 0232 DE 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

MAICAO, LA GUAJIRA



TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN INTRODUCCIÓN EL EMBARAZO ADOLESCENTE, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

- 1.1. Definiciones
- 1.2. ¿Cuáles son los pasos que se deben adelantar para implementar el Conpes 147 en un municipio?
- 1.3. Determinantes sociales e inequidades de salud del embarazo adolescente
- 1.4. Consecuencias del embarazo en adolescente

2. ATENCIÓN DIFERENCIADA DE LA ADOLESCENTE MENOR DE 15 AÑOS

- 2.1. Aspectos conceptuales específicos de la adolescencia
- 2.2. Aspectos normativos para brindar atención en salud a la adolescente gestante
- 2.3. Ruta crítica para la atención de la embarazada menor de 15 años
 - 2.3.1. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adulto y/o detección de un evento de violencia sexual
 - 2.3.2. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente mayor de 14 años y menor de 18 años
 - 2.3.3. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente menor de 14 años
- 2.4. Diagnóstico
- 2.5. Consejería sobre las opciones que puede tener la adolescente frente al embarazo
- 2.6. Control prenatal (CPN)
- 2.7. Atención del parto
 - 2.7.1. Admisión de la gestante en trabajo de parto
 - 2.7.2. Criterios para la admisión
 - 2.7.3. Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento)
 - 2.7.4. Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)
 - 2.7.5. Atención del alumbramiento
- 2.8. Puerperio
 - 2.8.1. Atención del puerperio inmediato
 - 2.8.2. Atención durante el puerperio mediano
 - 2.8.3. Anticoncepción postparto
 - 2.8.4. Atención para la salida de la madre y su neonato

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

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

- 4.1. Garantía del aseguramiento
- 4.2. Recursos físicos para la atención
- 4.3. Recursos humanos
- 4.4. Papel del asegurador

BIBLIOGRAFÍA

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

1. PRESENTACIÓN EL EMBARAZO ADOLESCENTE, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

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.

INTRODUCCIÓN

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.

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 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).

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 la institución 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.

II. OBJETIVOS

Garantizar el cumplimiento de los derechos durante la atención materna en menores de 15 años con el fin de prestar servicios con calidad humana y científica.

III. ALCANCE

A todas las usuarias gestantes menores a 15 años que ingresen al Hospital San José de Maicao

IV. 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.

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 distanciar 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

V. EPIDEMIOLOGIA: El embarazo adolescente, un problema de salud pública

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). 1.2. Epidemiología 18 Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada 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

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
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.

1.3. 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 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 22 Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada 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 salud¹ 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.

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

1.4. 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. 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 morbimortalidad 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 la 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).

2. 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.

2.1. 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.

2.2. 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
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer, 1991.	Cuarta conferencia mundial sobre la mujer, Beijing, 1995. Cumbre Mundial de la Tierra, Río de Janeiro, 1997.	Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2013 del Ministerio de Salud. Ley 1122 de 2007, Decreto 3039 de 2007 y Resolución 425 de 2008. Decreto 1011 del 2006. Sentencias C-1299 de 2005 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, despenalización del aborto. Ley 1146 de 2007. Ley 1257 de 2008. Ley 1438 de 20113 . Resolución 0459 de 2012. 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. Acuerdos 029 de 2011 y 031 de 2012. Resolución 1441/2013, Actualización de estándares de habilitación de servicios de salud. Plan decenal de salud pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú. Resolución 1841/2013. Resolución 5521/ diciembre 2013. Actualización de contenidos del Plan Obligatorio de Salud - POS.

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 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 social

VI. RUTA CRÍTICA PARA LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS

Se parte del hecho de que cualquier entidad perteneciente a los sectores salud, protección y justicia puede recibir el caso de una niña menor de 14 años embarazada o con un evento obstétrico. Se construye, entonces, una ruta de atención entre esos tres sectores para cada una de las posibles circunstancias en las que la situación puede presentarse.

Con ese marco, de acuerdo con la discusión realizada sobre las circunstancias en las que cada sector puede identificar esta situación se establecieron las siguientes:

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.

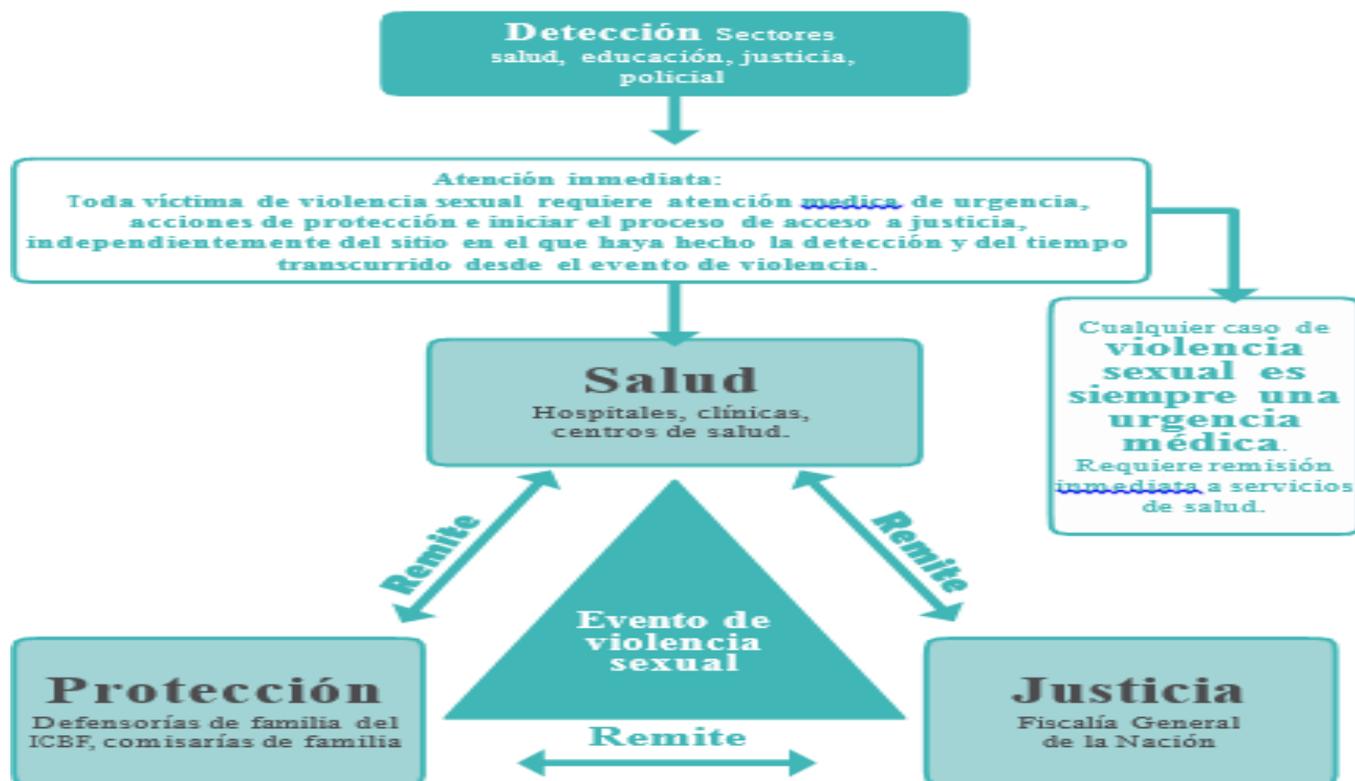
Estos casos son remitidos al sector justicia, al Sistema de responsabilidad penal adolescente, con fiscales y jueces especializados que evaluarán la necesidad de perseguir o no penalmente al adolescente, ya que en esta situación específica puede no haberse presentado el abuso de una asimetría de poder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

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

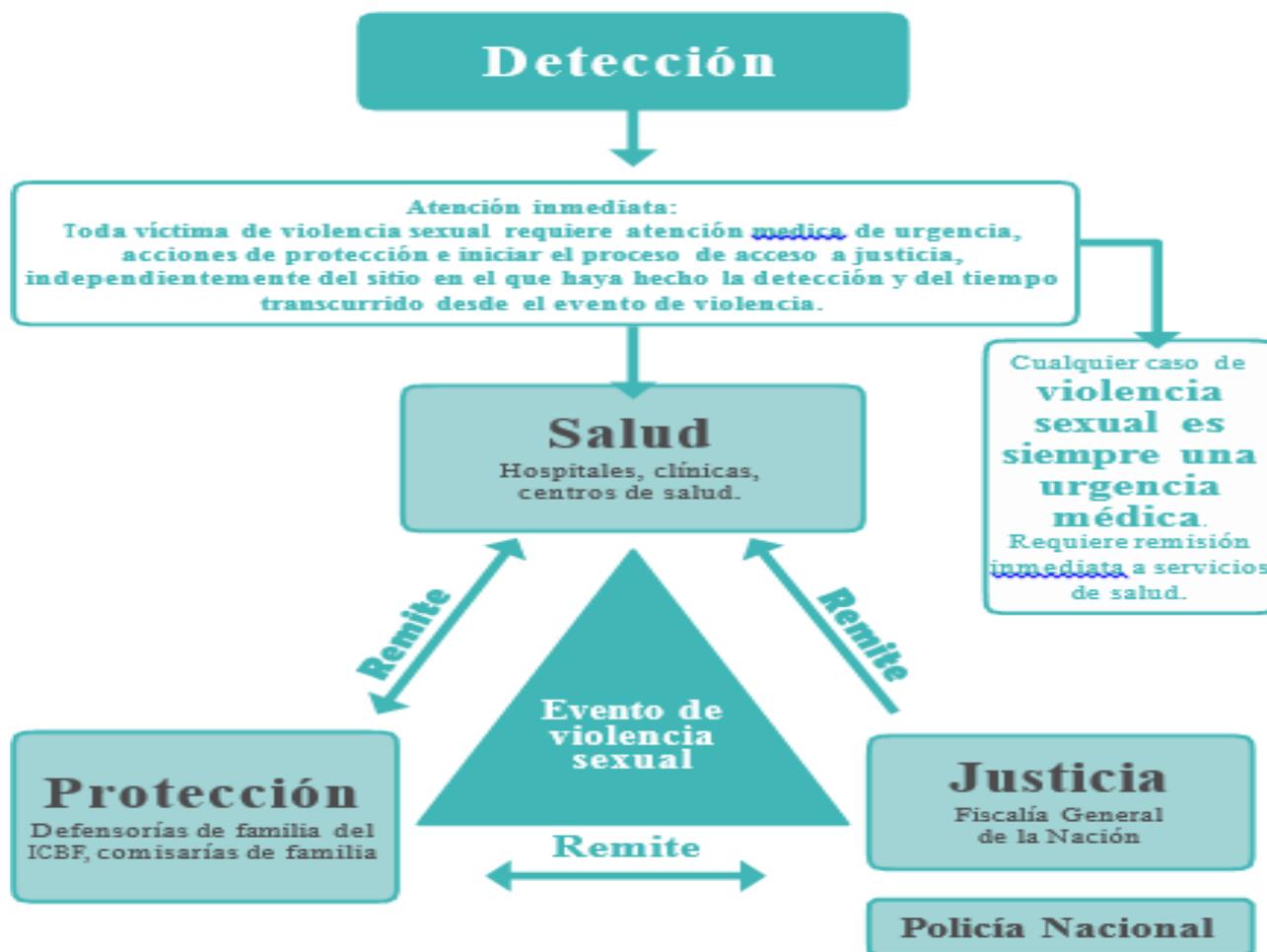


Fuente: Construcción a partir de la Resolución 0459 de 2012 -MSPS. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

VII. 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).

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 -MSFS. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

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 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.

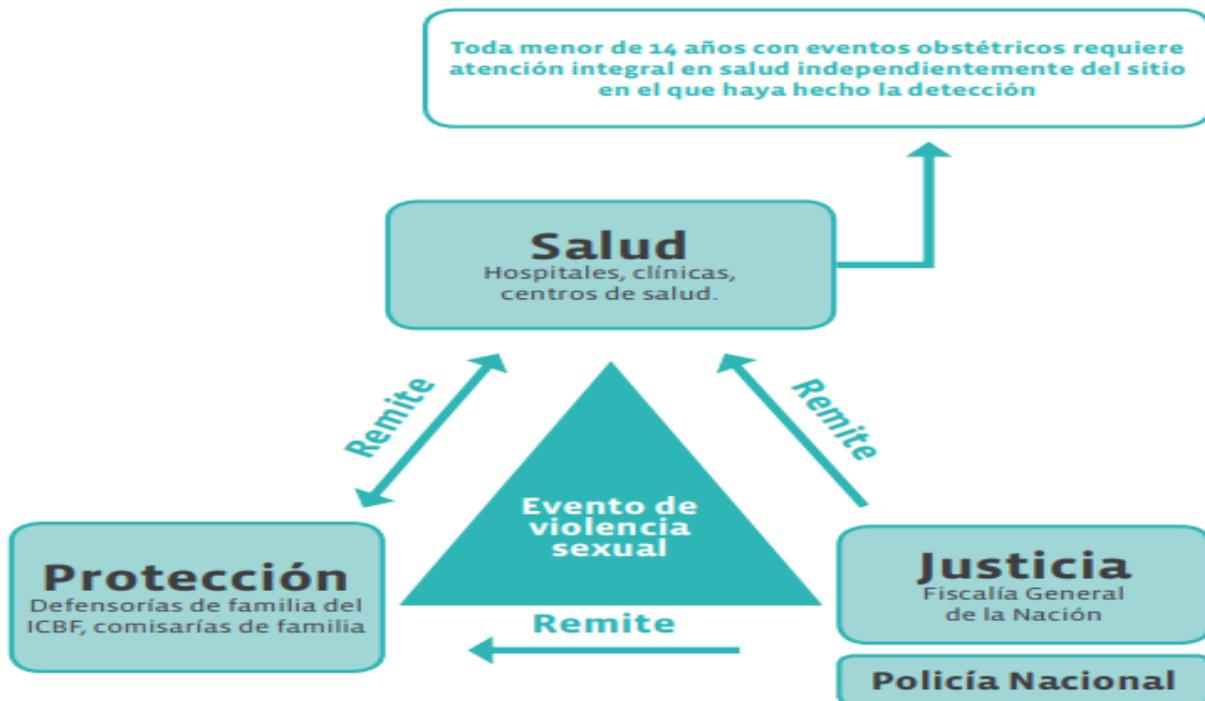
El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación socio familiar en el medio, la cual le permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que 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.

2.3.3. 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.

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



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 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.

2.4. 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
- Nauseas / 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 mandatorio en menores de 14 años, según se explica más adelante en el Cuadro de seguimiento ecográfico.
- En los embarazos mayores a 10 – 12 semanas: o Ecografía transabdominal (la cual también hace parte del control de rutina). o Presencia de la frecuencia cardiaca fetal; auscultación con cualquier dispositivo disponible. o Identificación de las partes fetales a través de la palpación abdominal, si se tiene la experiencia para hacerlo, hacia la mitad del embarazo.

2.5. 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. (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 status 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”.

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 inadmisibles 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: 50 Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada 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.

2.6. 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	ANTECEDENTES MÉDICOS ESTADO ACTUAL
CONDUCTAS DE RIESGO	Condiciones indicativas <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos alimentarios (bulimia, anorexia) Discapacidad física o mental <ul style="list-style-type: none"> • Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preclamsia-eclampsia, anomalías congénitas, abruptio y placenta previa) • Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa) • Diabetes y patologías renales

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades autoinmunes • Hipotiroidismo • Cardiopatías • Coagulopatía • Infecciones como la malaria, tuberculosis, dengue
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	<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	<p>Adolescentes agredidas por sus compañeros, sus padres o parientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Remitir 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.

Valoración preanestésica en la institución donde se va a atender el parto.
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.

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).

Componentes	Características
Antecedentes	<p>Profundizar en información sobre antecedentes ginecoobstétricos.</p> <p>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

	<p>bajo peso) desde la primera visita hasta el final del embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 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.

ATENCIÓN DE PARTO

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad 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, entendiendo 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).

2.7.1. 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).

2.7.2. 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 independientemente del periodo del trabajo de parto en que se encuentren al momento del ingreso. 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.

2.7.3. 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 parto grama (Norma técnica de atención del parto en Colombia. MSPS, 2005).

2.7.4. 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).

2.7.5. 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).

2.8. 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.

2.8.1. Atención del puerperio inmediato

Se acogen los lineamientos contenidos en la Resolución 3280.

2.8.2. Atención durante el puerperio mediano

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.

2.8.3. 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 reportados 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).

2.8.4. 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.

Recursos humanos

Los recursos humanos que se requieren para la atención del embarazo, del parto y del posparto a menores de 15 años competen 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.

3. 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 cubra. 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.

70 Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada

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.

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

4.1. 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.

4.2. 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 74 Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada 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.

4.3. 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.

4.4. 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
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.	Resolución 412 de 2000. Norma técnica de detección de alteraciones del embarazo, numeral 5.1. Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013. Código CUPS 904506 Nivel 1.
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	Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013, CUPS 881432. Ultrasonografía obstétrica transvaginal - 2 Nivel
Ecografía transabdominal en embarazos de más de 10 -12 semanas	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
Interrupción voluntaria del embarazo	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
Carbonato de calcio 1000 UI de vitamina D	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.
Consulta por obstetra	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
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

BIBLIOGRAFIA

Resolución 3280 de 2019
Circular única 016 de 2017
Decreto 1011 de 2006
Resolución 5095 de 2018.

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).

80 Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada 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*, 81, 7-80. CEPALOficina 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. 81 Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

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-ydemografia/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. 82 Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada

Dryfoos, J. (1981). Teenage pregnancy: the problem that hasn't gone away. (s.d.).
Dryfoos, J.G. (1993). Adolescents at risk: prevalence and prevention. New York.
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. 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.

ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORACIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO

CONTROL	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO
REALIZÓ	03/02/2022	KAREN RAMOS A.	Coordinadora de Enfermería
REVISÓ	03/12/2018	JAIRO NEIRA	Subgerente
APROBÓ	03/12/2018	EDGAR G. SALAMANCA M.	Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA MODIFICACIÓN	MODIFICACIÓN	RESPONSABLE
PROTOCOLO DE ATENCION PRIORITARIA A LA MATERNA MENOR DE 15 AÑOS	GO-PT:002	V3	04/05/2022	ACTUALIZACION DE CONTENIDO	KAREN RAMOS
PROTOCOLO DE ATENCION PRIORITARIA A LA MATERNA MENOR DE 15 AÑOS	GO-PT:002	V3	04/07/2023	ACTUALIZACION DE CONTENIDO Y NORMA	MABIS MERCADO R.

REGISTRO DE COMUNICACIÓN DEL DOCUMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	FECHA
HENRY MARTINEZ V.	SUBGERENTE		30/07/2023

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	FECHA





