

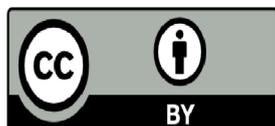
Rosario, Maria Ester

“Cuidados prenatales en embarazo adolescente”

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Rosario, M. E. (2022). *Cuidados prenatales en embarazo adolescente* [tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ

<https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

"CUIDADOS PRENATALES EN EMBARAZO ADOLESCENTE"

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

ALUMNA: MARIA ESTER ROSARIO

DIRECTORA DE TESIS: LIC.TELMA GLORIA COLAMARINO

FLORENCIO VARELA, ABRIL DE 2022

INDICE

1. INTRODUCCION	3
2. FUNDAMENTACION	4
3. PROBLEMA	5
4. OBJETIVOS:	
4.1 Objetivo general	6
4.2 Objetivos específicos -	6
5. MARCO TEÓRICO	7/26
6. DISEÑO METODOLOGICO.	28
6.1 Tipo y diseño de estudio	27
6.2 Población de estudio	27
6.3 Tamaño de la muestra	27
6.4 Unidad de análisis	27
6.5 Criterios de Inclusión	28
6.6 Criterios de exclusión	28
6.7 Técnicas e instrumentos	28
6.8 Tipo de fuente	28
6.9 Variables	28
7. RESULTADOS	51
8. CONCLUSIÓN	53
9. RECOMENDACIONES	54
10. BIBLIOGRAFÍA	56
12. ANEXOS	58
12.1 Anexo: encuesta	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó para indagar sobre los controles prenatales que realizan embarazadas adolescentes, entre 13 y 19 años de edad en el Servicio de la Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período noviembre de 2021 a mayo de 2022. El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la mortalidad materna y perinatal. En cada control prenatal se debe dar educación a la madre, prepararla física y psicológicamente sobre su estado y los cuidados que debe tener con su embarazo; creando así mayor acercamiento y confianza hacia los servicios de salud. Las adolescentes embarazadas enfrentan muchos de los mismos problemas relacionados con el embarazo, como enfermedades prevalentes que se pueden detectar oportunamente a fin de tratarlas. (OPS, 2016). Es justamente, mediante los controles podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013).

UNICEF apoyará los programas nacionales en cada etapa de la cadena de suministro, a fin de mejorar el acceso equitativo a servicios de atención de calidad e intervenciones y productos vitales para las mujeres embarazadas y lactantes, los recién nacidos, los niños y los adolescentes, en particular los más marginados. (Unicef, 2016)

El acceso a la salud resulta ser un derecho humano y social de primer orden, entendido entonces como un derecho subjetivo, esto es, la salud como un bien jurídico reconocido y tutelado por todos los ordenamientos jurídicos legales, donde impera el estado de derecho. (Gómez Haiss, Dante D.2017)

Otros aspectos a tener en cuenta son la Equidad, Género y Diversidad Cultural que centran su labor en la promoción y el avance de los esfuerzos de la Secretaría de la OPS y de los Estados miembros para lograr la equidad en materia de salud, centrándose especialmente en abordar las desigualdades de género y etnia en salud. Estos esfuerzos son el núcleo del objetivo prioritario de la OPS de lograr la salud universal. OPS, (2016)

Esta tesina se realizó a través del instrumento de recolección de datos (encuesta), la misma nos permitió conocer los controles prenatales de las adolescentes antes del parto, así como también la información que reciben durante la consulta en la consejería de enfermería. Desde la ética como profesional de salud es importante detectar precozmente a la adolescente, promoviendo el control de salud ginecológico previo a la gestación y actuar sobre los factores de riesgo asociados al cuidado de la adolescente en su salud sexual y cuidados en la etapa de embarazo.

FUNDAMENTACIÓN

Los controles prenatales en las adolescentes ha sido seleccionado como tema de investigación, dado que la edad en el embarazo es un factor muy relevante, más aún si se trata de madres adolescentes ya sea por su contextura física, información sobre alimentación, madurez emotiva, y otros aspectos que se deben abordar durante el embarazo para evitar los riesgos de salud en el área Materno Infantil. Mediante los controles podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. Si se tiene en cuenta que el control prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, del feto, del recién nacido y de la familia, es por esto que se hace necesaria la identificación de los factores que inciden en la inasistencia total o parcial al control prenatal para poder proponer acciones tendientes a mejorar la salud materna y perinatal. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013).

Más del 99% de las embarazadas que residen en Argentina asisten para el parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, esto es, sin control prenatal alguno. De las que se controlan, apenas una cuarta parte (24,3%) inicia los controles precozmente durante el primer trimestre y menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en la preparación para emprender el embarazo. Esta somera descripción refleja la compleja problemática en que se desenvuelven las actividades propias del control prenatal en el contexto amplio del cuidado integral de la salud de la mujer Asprea, (2013).

PROBLEMA

¿Qué factores sanitarios y culturales influyen en los cuidados prenatales en embarazadas adolescentes entre 13 a 19 años que se atienden en el servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 a mayo de 2022?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar los factores sanitarios y culturales que influyen en los controles prenatales en las embarazadas adolescentes entre 13 a 19 años en el Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 mayo de 2022.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar los datos sociodemográficos de las embarazadas adolescentes.
- Conocer la información recibida durante la consulta prenatal sobre cuidados del embarazo en la consejería de enfermería.
- Describir accesibilidad sanitaria, geográfica y administrativa en la atención de salud.
- Indagar sobre complicaciones en el embarazo.

MARCO TEÓRICO

La promoción de una educación sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas de planificación de la reproducción, así como la disponibilidad de programas y servicios de educación sexual y reproductiva, son el modo más efectivo de mejorar el acceso a los servicios de salud, que es de suma importancia porque el embarazo sucede a temprana edad y el acceso a métodos anticonceptivos permitiría evitarlo, y disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil. (OPS, 2016)

Uno de los aspectos importantes es el cuidado preconcepcional, ya que este es el inicio de una adecuada planificación familiar. Entendemos que el cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. Las mujeres deben saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intra-útero de su bebé y de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales (Sergio Casini, 2002).

El asesoramiento de enfermería es fundamental durante la adolescencia, dado que la edad es factor de riesgo y une el cuidado preconcepcional, con el cuidado durante la gestación. Para ello, resulta importante tener en cuenta que para que el control prenatal sea oportuno y cumpla su objetivo debe ser precoz, para ello, la primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, se hace factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el periodo de la adolescencia está comprendido entre los 10 y los 19 años de vida, aunque tanto la madurez física y sexual como la psicológica y social dependen de factores individuales, como el sexo (una mujer se desarrolla antes que un hombre). Las etapas de la adolescencia son:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como, la menarca (primera menstruación).

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten seguros e inmune y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

La Adolescencia es una etapa de transformaciones que determinan el paso progresivo desde la infancia a la vida adulta. Se orientan hacia su madurez física y emocional.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada;" El embarazo puede ser una de las experiencias más difíciles de afrontar para un adolescente por lo tanto es de gran importancia de los controles prenatales.(RM, 2014).

Durante el embarazo, las adolescentes parecen tener mayor riesgo de tener presión arterial alta, anemia, parto prematuro, bebés con bajo peso al nacer y depresión posparto, de ahí que resulta de gran importancia que se realicen los controles prenatales. Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

En Argentina, las embarazadas asisten a su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, un porcentaje de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, esto es, sin control prenatal alguno.

El conjunto de actividades previstas durante el control forman parte de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o síquicas para la madre, el recién nacido o la familia.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. (Asprea, 2013).

Los controles prenatales permiten detectar los factores de riesgo, dentro de los riesgos más frecuentes en el embarazo adolescente encontramos:

- Desviaciones en el crecimiento fetal.
- Embarazo múltiple.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.
- Preeclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.
- Placenta previa.
- Diabetes gestacional.
- Malformaciones fetales.
- Óbito fetal.
- Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubéola; Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda.

Estos problemas de salud conllevan complicaciones a la madre y el feto durante la gestación y después del parto, de ahí la importancia de abordar esta problemática desde la perinatología y los controles prenatales nos permitirán cumplir con el objetivo de: “mamá y bebés sanos”.

También debemos resaltar la importancia de los controles prenatales para que, en el futuro, esta investigación sirva como ejemplo para nuevas investigaciones sobre el tema.

Los requisitos básicos para un control eficiente es que sea:

- Precoz;
- Periódico;
- Completo;
- Amplia cobertura.

Precoz: Tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles a diferencia de las embarazadas de alto riesgo.

Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Amplia cobertura: Se debe promover el control prenatal a la mayor cantidad de población posible en base a programas educacionales, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención.

Entre los objetivos de los controles prenatales, encontramos:

- Disponer en un solo documento, de toda la información mínima necesaria.
- Identificar factores de riesgo materno y fetal.
- Precisar con mayor exactitud el tiempo gestacional.
- Diagnosticar condición fetal y vigilar su desarrollo
- Diagnosticar la condición materna.
- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la del niño
- Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.
- Preparar a la embarazada psíquicamente, durante el embarazo, para el nacimiento y para la crianza del recién nacido (*Asprea, 2013*).

Los controles prenatales permiten a detectar situaciones de riesgo; en un embarazo de bajo riesgo, el embarazo tiende a ser normal, la mujer gestante no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

En un embarazo de alto riesgo, existe un potencial de enfermedad o muerte, antes o después del parto que es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación. De esta situación va a depender la frecuencia del control prenatal, siendo en situaciones normales:

1 vez por mes hasta el sexto mes.

1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes.

1 vez por semana hasta el nacimiento (semanas 36 hasta el parto)

Estos controles realizados en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones maternas y perinatales. En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

A lo largo del tiempo se han manifestado cambios en la atención Materno Infantil, antiguamente estaba la figura de la Matrona que era la persona encargada de asistir a las mujeres durante el parto, siendo éste con la participación familiar y se llegó al punto de institucionalizarse. La institucionalización del parto surgió como producto de los cambios sociales, de la adquisición de conocimientos y tecnologías y llevó al abandono del parto domiciliario en un intento de garantizar y brindar más salud. (FunLargia, 2021)

Actualmente, el concepto de Maternidades centradas en la familia presupone un proceso de empoderamiento de la familia. Los Equipos de Salud deben reconocer que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y del recién nacido por lo que deben ser informados, facilitar su participación, involucrarlos en las actividades, destinarles áreas específicas y respetar sus decisiones y prioridades. Esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y la familia (AAP-ACOG 2002). Una maternidad “centrada en la familia” promueve la idea de que la mujer y su entorno deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo.

Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño. Estos pueden minimizarse con el apoyo de familiares e incluso del equipo de salud Pero además Klaus y Kennel observaron lo beneficioso que era para las parturientas estar acompañadas de otra mujer experta. Ambos descubrieron también, el período sensitivo: esas primeras horas tras el parto que son cruciales para el inicio del vínculo y empezaron a difundir los resultados de sus investigaciones para que no se separara a las madres de sus bebés. (Klaus M.H., Kennel J.H. (Mayo, 2010).

Otro tema fundamental a tener en cuenta en la atención de la salud sexual y reproductiva, en la que deben integrarse aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, culturales y de derechos humanos, es la necesidad de que las personas integrantes del Equipo de Salud tengan una competencia tanto humana como técnica. Los conocimientos y habilidades actualizados tienen

que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario. Los prestadores deben crear un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y la familia, aprovechando la oportunidad de la consulta para educar más allá de las preguntas expresadas (*OPS 1999*).

Esto adquiere ribetes complejos cuando se trata de la atención de poblaciones aborígenes (*UNICEF - CHACO 1998*). Los servicios de salud tienen un protagonismo ineludible en la transmisión de información para que las mujeres logren asumir comportamientos preventivos, cruciales en la salud sexual y reproductiva. Es esencial que se produzca un cambio hacia este tipo de modelo, ya que en general, hasta el momento, se ha priorizado un modelo asistencial curativo, médico dominante (*Checa S., 1997*).

El dominio del cuerpo de las mujeres se expresa en la identidad “cuerpo que vive para otros/as” (Basaglia 1983, citado por Lagarde 1994), el sentido de la existencia de las mujeres está atado a normas que regulan su sexualidad, capacidad reproductora, erotismo, salud. Cada grupo social construye nociones de cuerpo y sexualidad. En las sociedades andinas de tipo comunitario, el cuerpo no existe como elemento de individuación. El cuerpo no está separado del universo ni de los dioses, sino que conforman una unidad. Por ello la salud, no se refiere únicamente al estado físico sino al conjunto de factores sociales, afectivos, ambientales, espirituales que determinan la armonía interna y externa, individual y comunitaria “El saber biomédico es la representación oficial, en cierta medida, del cuerpo humano de hoy, es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna” (David Le Breton 1990). Este conocimiento del cuerpo en occidente sin embargo es superficial y fragmentado en la mayoría de personas, el cuerpo humano es territorio de especialistas médicos, y esta situación determina la relación médico-paciente, caracterizada por ser “asimétrica, paternalista y autoritaria” (Carmés García 2006, 41)

El sesgo de género en la salud. El etnocentrismo y el patriarcado reforzaron el modelo biomédico y el sesgo sexista en las ciencias de la salud. El feminismo develó las relaciones de poder y las jerarquías que se establecen en base a las diferencias sexuales y culturales de hombres y mujeres y que se reproducen en las instituciones que reproducen, enseñan, difunden, vigilan y controlan el orden de género. La salud de las mujeres no se explica por la biología, sino por la posición social, roles, identidad sexual, valores y normas que estructuran los significados del ser hombre y ser mujer. Lo masculino y femenino son construcciones culturales que varían de cultura a cultura y que asignan los papeles sexuales.

La dominación genérica sobre las mujeres está presente en los sistemas de salud que se encargan de reproducir formas de relación autoritaria y

estereotipada. Históricamente los servicios de salud privilegiaron la función reproductiva de las mujeres en tanto madres y responsables del cuidado de otros. Cuidar de la familia implica preocupación por la alimentación e higiene, por lo que la perspectiva higienista en la salud que se desarrolló a principios del siglo XX, puso en ellas la responsabilidad del cuidado de los hábitos y costumbres familiares, el cuidado de los niños, la planificación familiar. Son las mujeres quienes de manera general, asumen el cuidado de los miembros de la familia, como una responsabilidad inherente al ser mujer.

Es así, que los programas maternos infantiles que se desarrollan en los Ministerios de Salud, tengan a las mujeres como principales protagonistas y responsables del cuidado de la salud, sobre todo de sus hijos. Ellas deben acompañar la alimentación, vacunación, vigilancia de crecimiento, la planificación familiar, cuidado de enfermos, ancianos, el cuidado del agua, de la nutrición, etc. La crítica al modelo biomédico desde las mujeres, incluyó las prácticas alrededor del embarazo, parto, postparto, procesos medicalizados en las que el cuerpo de las mujeres es manipulado por el personal de salud que es el que decide qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, generalmente sin que medie mayores explicaciones sobre dichos procesos. El protagonista es el médico, portador del conocimiento, quien tiene el poder de decisión, mientras que el/la paciente es objeto de estudio, de manipulación y de disciplinamiento por parte del médico. El proceso reproductivo está controlado en la medicina occidental por profesionales de la salud. En este contexto, el parto, se convierte en un hecho individual, solitario, controlado por los médicos, donde la opinión de las mujeres cuenta muy poco, especialmente en los servicios públicos de salud. (Rodríguez 2006, 205). En la presente investigación, se abordaron temas en relación a la atención en salud y se trató de identificar los aspectos sanitarios que se relacionan con la atención de las embarazadas adolescentes.

Otro aspecto de la práctica sanitaria es que en algunas circunstancias las mismas, tienden a fragmentar a la mujer según las especialidades que la atienden (ginecología, obstetricia, planificación familiar) o las áreas por donde circula para recibir dicha atención (ecografía, laboratorio, etc.), esta mirada parcial, impide una visión integral y totalizadora de la salud reproductiva (*Checa S., 1996*).

UNICEF apoyará los programas nacionales en cada etapa de la cadena de suministro, a fin de mejorar el acceso equitativo a servicios de atención de calidad e intervenciones y productos vitales para las mujeres embarazadas y lactantes, los recién nacidos, los niños y los adolescentes, en particular los más marginados. Asimismo, trabajará con miras a reforzar la resiliencia de los sistemas de gestión de cadenas de suministro en la preparación para situaciones de emergencia en las que las necesidades de abastecimiento pueden dispararse. La labor en esta esfera incluye la definición de «necesidad»; la reorientación presupuestaria y la planificación de acciones; la

adquisición de materiales; el suministro y el despacho; la inspección; el almacenamiento, la distribución y la reordenación; la entrega al usuario final; y el seguimiento y evaluación. Además, UNICEF trabajará para mantener precios accesibles, la competitividad de los mercados y la calidad de las normas internacionales y de la OMS.

Esta esfera de acción hace hincapié en la presencia subnacional de UNICEF y aprovecha su dilatada trayectoria y la confianza que inspira en la mayoría de los países en los que trabaja. Este ámbito será aplicable principalmente en situaciones de emergencia y fragilidad y de capacidad media y baja. El trabajo de UNICEF para empoderar a las comunidades también complementará sus actividades más directas encaminadas a influir en las políticas públicas, mediante la generación de la demanda, organizada por la comunidad, de servicios de salud accesibles, asequibles y aceptables, así como de mecanismos que garanticen la rendición de cuentas pública de los proveedores de servicios y de las administraciones locales y nacionales. La tecnología desempeñará un papel importante en todas las medidas descritas, así como en la mayoría de los contextos en los que UNICEF participa en esta esfera de trabajo. UNICEF también trabajara con las organizaciones locales de la sociedad civil, los Gobiernos y otras personas influyentes en el ámbito local para cambiar las normas sociales que tienen consecuencias para la salud (por ejemplo, el cuidado de los recién nacidos, las prácticas de higiene familiar y comunitaria, la prevención y la gestión de las enfermedades prevalentes). Asimismo, colaborará con los prestadores de servicios de salud con vistas a reducir el estigma en torno a ciertas enfermedades (por ejemplo, la salud mental, el VIH/sida y las epidemias o pandemias); promoverá la educación y el diálogo comunitarios, incluidos los relativos al derecho a la salud de todas las mujeres embarazadas y lactantes, los niños y los adolescentes, y les proporcionará medidas claras de acción u orientación para el cumplimiento de esos derechos; aplicará su capacidad de comunicación para el desarrollo a fin de conocer mejor los contextos locales, aplicar sus conocimientos sobre la sociedad y los comportamientos para disipar rápidamente los rumores y la desinformación, y desarrollar mensajes convincentes y contextualmente apropiados que promuevan la prevención y la solicitud de atención.

UNICEF brindará apoyo al diseño y la aplicación de enfoques que favorezcan la generación de demanda, entre ellos el desarrollo de herramientas y recursos que eduquen a los ciudadanos locales sobre su derecho a servicios sanitarios de calidad y eliminen las barreras sociales y estructurales que impiden el acceso a los servicios. El Fondo trabaja para asegurar la aceptabilidad y la disponibilidad de los servicios de salud, principalmente mediante el fortalecimiento de los vínculos entre los proveedores de servicios y las comunidades a las que sirven (por ejemplo, mediante la planificación participativa y el diálogo estructurado), con objeto de hacer frente a las barreras

y aprovechar los factores locales que propician una mayor implicación de la comunidad en los programas. Este enfoque contribuye a la capacidad de respuesta de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la comunidad, a la protección social de los grupos marginados (por ejemplo, las personas con capacidades diferentes, las minorías étnicas, las poblaciones migrantes o desplazadas) y a la continuidad de la atención a través de las intervenciones sanitarias. UNICEF también podrá respaldar sistemas de protección social (por ejemplo, transferencias monetarias) dirigidos a mitigar las barreras relacionadas con los costos que impiden el acceso a una atención médica de calidad. (UNICEF, 2016)

Entendiendo que la salud es un derecho desde que el individuo nace, se plantea el marco regulatorio legal, a continuación enunciaremos los siguientes artículos:

El art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice textualmente lo siguiente: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, a sí mismo, como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios»

Asimismo, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, establece lo siguiente: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Nuestra Constitución Nacional hace referencia a la protección de los derechos de la salud del ser humano; así en el art. 42 de la CN dice lo siguiente: «Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno.

Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios.

Podríamos hacer referencia también a Ley 23.661, normativa en la cual, en su art. 1, textualmente dice lo siguiente: «Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica». El art. 2 de la Ley 23.661 establece lo siguiente: “El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva». *(Gómez Haiss, Dante D.2017)*

La OPS tiene como objetivo de incorporar consideraciones y enfoques de equidad, género y diversidad cultural en todos los aspectos del trabajo de la OPS, apoyan a los países de la región de las Américas fortaleciendo las capacidades y desarrollando metodologías y herramientas para integrar enfoques de equidad, género y diversidad cultural en todos los aspectos de las políticas, planes y programas de salud en los países y a nivel regional. Al mismo tiempo, nos enfocamos en generar evidencia y análisis para informar políticas para avanzar hacia la equidad e igualdad en salud.

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. La OPS define la equidad en salud como su misión: "Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud..." y como su primer valor: "Equidad: Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables." La equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud.

Igualdad de Género en Salud: el enfoque Intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y

la prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad. Las políticas, programas y proyectos en salud son adaptables y transferibles al momento de confrontar la inequidad étnica mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades. Se consideran inclusivos y tradicionalmente sensibles aquellas políticas, programas y proyectos que consideran dentro de sí la medicina y prácticas tradicionales. La carencia de esta consideración implica políticas, programas y proyectos culturalmente insensibles.

En la Región de las Américas, los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los gitanos y los miembros de otros grupos étnicos siguen sufriendo discriminación estructural, exclusión y desigualdad.

La invisibilidad y la discriminación que a menudo experimentan estas poblaciones aumentan sus condiciones de vulnerabilidad.

Estas poblaciones suponen un reto para el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, incluidos los relativos al acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal, la tuberculosis, la malaria y la salud mental, entre otros.

La OPS insta a los Estados Miembros a considerar la conexión entre etnicidad y salud, y a promover un enfoque intercultural que contribuya, entre otros aspectos, a la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud y a mejorar los resultados de salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y miembros de otros grupos étnicos, según corresponda, considerando sus contextos, prioridades y marcos normativos nacionales.

La OPS brindará cooperación técnica a los Estados Miembros para la implementación de acciones con enfoque intercultural orientadas a las siguientes líneas prioritarias a) la producción de evidencia ;b) la promoción de acciones políticas; c) participación social y alianzas estratégicas; d) reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina complementaria ; y e) desarrollo de capacidades a todos los niveles.

Con enfoque en la diversidad cultural y la salud: la OPS reconoce la necesidad de hacer frente a las diversidades étnicas, sociales y culturales que existen a lo interno de los Estados Miembros y las unidades técnicas para crear políticas y servicios de salud accesibles a poblaciones enteras.

Existe una amplia evidencia sobre las desventajas y discriminación que los hombres y especialmente las mujeres de estas poblaciones experimentan con respecto a su bienestar.

Los sistemas de información en salud también fallan al momento de reconocer las particularidades y necesidades de estos grupos, lo cual afecta la propia

definición de intervenciones e indicadores que buscan evaluar la efectividad en el mejoramiento de la salud de estas poblaciones.

El proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas debe asegurar la participación de las poblaciones involucradas, el respeto de los derechos humanos, la interculturalidad y la igualdad de género. (OPS)

El concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60. Fue en el momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. Esta preocupación por el “desarrollo social” partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo. La preocupación por el avance del socialismo fue uno de los motivos que precipitaron estas políticas (Comes, Y.; 2006).

Toma especial relevancia la accesibilidad que ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre.

Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso.

El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso. (Comeset.al. 2007)

En la accesibilidad administrativa el propósito de la iniciativa de la OPS sobre redes integradas de prestación de servicios de salud (RISS) es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en APS y, por lo tanto, a la prestación de servicios de salud que sean más accesible, equitativos, eficientes y de mayor calidad técnica, y que cumplan mejor las expectativas de las poblaciones

La OPS considera a las RISS como una de las principales expresiones operativas de los sistemas de salud basados en APS a nivel de servicios de salud, ayudando a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, atención adecuada, organización y gestión óptimas, orientación familiar y comunitaria, y acción intersectorial, entre otros. (OPS, 2010)

El embarazo en la Adolescencia en Argentina como un problema social en 2017 nacieron en Argentina 704.609 niños y niñas, de los cuales un 13% (94.079) son hijos o hijas de adolescentes menores de 20 años y 2.493 son de niñas menores de 15 años. (DEIS, 2018).

El embarazo en la adolescencia es producto de una serie de factores que interactúan entre sí, y es a la vez causa y consecuencia de la vulneración de derechos: a la educación, a la educación sexual, al acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, al acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a una vida libre de violencia de todo tipo, a tomar decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y la capacidad reproductiva, entre otros (UNFPA, 2013).

Los embarazos en la adolescencia constituyen un hecho que compromete enormemente las trayectorias de vida de los adolescentes y las posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo. El embarazo en la adolescencia (EA) y la maternidad temprana (MT) están fuertemente asociados a la deserción escolar y consecuentemente limitan las posibilidades de acumulación de capital humano. Esto tiene un impacto considerable a largo plazo en las posibilidades que tienen las mujeres que fueron madres en la adolescencia de insertarse en el mercado laboral y de acceder a puestos de trabajo de calidad, afectando su seguridad económica y la de sus familias.

El embarazo en la adolescencia está asociado con un menor nivel de ingresos a lo largo de la vida para las madres adolescentes en comparación con los ingresos de sus pares que deciden postergar la maternidad

El (EA) y la (MT) son, además, un factor crítico en la inequidad de género y muestran mayor incidencia en los hogares de menores recursos, donde la maternidad a edades tempranas también parece actuar como refuerzo de roles tradicionales de género, prolongando situaciones de subalternidad y

domesticidad que restringen sus derechos en el espacio público (Gogna y Binstock, 2017).

A su vez, estas inequidades de género y de clase se exacerban cuando la tenencia de un hijo es no intencional, y en Argentina, casi 7 de cada 10 adolescentes de entre 10 y 19 años que tuvo un hijo en 2015 no había buscado ese embarazo. Esto llama la atención sobre la necesidad de que el Estado garantice los derechos sexuales y reproductivos a través de la provisión de información, insumos y servicios de calidad (Plan ENIA, 2018).

El (EA) y la (MT) también se asocian con resultados deficientes en materia de salud para las adolescentes y sus hijos: tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, sus embarazos conllevan un mayor riesgo de complicaciones y de mortalidad perinatal, y sus hijos enfrentan una menor edad gestacional, menor peso al nacer, peor estado de nutrición infantil y menor nivel de escolarización alcanzado. Por ello, el EA y la MT también contribuyen a la reproducción de los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud (UNFPA, 2018; OPS-UNFPA-UNICEF, 2018).

Los riesgos enumerados son especialmente críticos en madres adolescentes menores de 15 años, además de sumarse otros como la probabilidad 4 veces mayor de muerte de la mujer en el embarazo, el mayor riesgo de muerte neonatal (en los 27 días posteriores al parto) y un 40% más de posibilidad de anemia materna, respecto del grupo etario de 20 a 24 años (Conde-Agudelo y otros, 2005 en UNFPA, 2018). Además, en el caso de los embarazos en la adolescencia temprana (10 a 14 años) existe evidencia de que son en gran medida producto de situaciones de abuso y violencia sexual (CLADEM, 2016 en Plan ENIA 2018). Este último dato exige considerar los impactos en términos de salud mental (y no sólo física) en el caso de las “niñas-madres”. Por último, la incidencia del aborto inseguro en las adolescentes (se estima que 15% de los abortos inseguros a nivel global ocurre en mujeres menores de 20 años), con el consiguiente impacto en la salud también debe ser considerado (Plan ENIA 2018).

Además de sus efectos negativos sobre las trayectorias de vida de las adolescentes y sus hijos, el EA y la MT tiene también impactos económicos negativos para la sociedad en su conjunto y para el Estado. Por un lado, las trayectorias educativas truncas y la mayor inactividad o inserción laboral precaria de las madres adolescentes y jóvenes tienen un impacto negativo sobre la productividad y menoscaban la competitividad de la economía nacional en su conjunto. A través de esta vía, el EA y la MT actúan en desmedro del crecimiento y el desarrollo económico (*Julia F. 2018*).

En el marco legal regulatorio se encuentra la Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia Ley 27611.

Disposiciones generales

Art. 1º- Objeto. La presente ley tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas, con el fin de reducir la mortalidad, la mal nutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.

Art. 3º- Principios rectores. Las disposiciones y políticas públicas establecidas en la presente ley son complementarias y se enmarcan en las establecidas en las leyes 26.061 y 26.485, y en los sistemas de protección allí definidos.

En virtud de que las personas gestantes y la primera infancia son las destinatarias de la presente ley, se establecen como principios rectores: a) Atención integral de la salud de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y niñas hasta los tres (3) años de edad; b) Articulación y coordinación de los distintos organismos competentes en las políticas públicas dirigidas a la primera infancia hasta los tres (3) años de edad; c) Simplificación de los trámites necesarios para el acceso a los derechos de la seguridad social; d) Diseño de políticas públicas que brinden la asistencia y el acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud; e) Respeto irrestricto del interés superior del niño y de la niña y del principio de autonomía progresiva; f) Respeto a la autonomía de las mujeres y otras personas gestantes; g) Respeto a la identidad de género de las personas; h) Acceso a la información y a la capacitación para el ejercicio de derechos; i) Atención especializada de acuerdo con los derechos y vulneraciones de estos.

Derecho a la seguridad social.

Art. 7º- Extensión de la Asignación por Embarazo para Protección Social. Modificase el primer párrafo del artículo 14 de la ley 24.714 y sus modificatorias, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Art. 8º- Asignación por nacimiento. Eliminación de antigüedad. Modificase el artículo 12 de la ley 24.714 y sus modificatorias, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Art. 12: La asignación por nacimiento de hijo consistirá en el pago de una suma de dinero que se abonará una vez acreditado tal hecho ante la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

Art. 14: La Asignación por Embarazo para Protección Social consistirá en una prestación monetaria no retributiva mensual que se abonará a la persona gestante, desde el inicio de su embarazo hasta su interrupción o el nacimiento del hijo, siempre que no exceda de nueve (9) mensualidades, debiendo solicitarse a partir de la decimosegunda (12) semana de gestación.

Derecho a la salud integral

Art. 16.- Modelo de atención integral. La autoridad de aplicación de la presente ley deberá diseñar un modelo de atención y cuidado integral de la salud específico y adecuado para la etapa del embarazo y hasta los tres (3) años de edad, desde la perspectiva del derecho a la salud integral de las mujeres, otras personas gestantes, niños y niñas, y teniendo en cuenta las particularidades territoriales de todo el país. El modelo de atención definido debe incluir de manera transversal a los tres (3) subsectores que componen el sistema de salud y articular con otros organismos públicos competentes en la materia.

Art. 17.- Capacitación del personal. Los equipos de profesionales y personal interviniente en la implementación de la presente ley deberán estar debidamente capacitados en los contenidos, principios rectores y objetivos establecidos en ésta y en otras disposiciones normativas que regulen la materia, para disponer de información adecuada y desarrollar las competencias necesarias para dar cumplimiento efectivo a lo establecido en esta norma

Art. 18.- Equipos comunitarios. La autoridad de aplicación deberá articular con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del trabajo que ya realizan los equipos de atención de salud comunitaria, a fin de promover el acceso de las mujeres y otras personas gestantes y de las niñas y los niños hasta los tres (3) años de edad, a los servicios de salud pertinentes, a los centros de desarrollo infantil regulados por la ley 26.233, y a los jardines maternos y de infantes, regulados por la ley 26.206, a la gestión de trámites y documentación necesaria, a los espacios de atención para casos de violencia por motivos de género, a la asistencia social y a las correspondientes prestaciones de la seguridad social administrativos de protección de derechos establecidos en el artículo 42 de la ley 26.061

Art. 19.- Formación y participación. La autoridad de aplicación deberá articular y coordinar, en ámbitos públicos, a los centros de atención primaria de la salud, a los centros de desarrollo infantil regulados por la ley 26.233, y a los jardines maternos y de infantes regulados por la ley 26.206, los talleres y espacios de formación, participación y acceso a la información para mujeres y otras personas gestantes y sus familiares, sobre cuidados de la salud integral, desarrollo y vínculos tempranos, alimentación saludable, lactancia materna y prevención de las violencias, entre otros aspectos relevantes desde la perspectiva del derecho a la salud integral. La autoridad de aplicación

fomentará la inclusión del o de la corresponsable parental en la consulta prenatal creando una consulta específica para facilitar su preparación para el momento del parto y la crianza.

Art. 20.- Provisión pública de insumos fundamentales. El Estado nacional deberá implementar la provisión pública y gratuita de insumos fundamentales para las mujeres y otras personas gestantes durante el embarazo y para los niños y las niñas hasta los tres (3) años, en los casos y condiciones que determine la reglamentación. En especial, se atenderá a la provisión de medicamentos esenciales; vacunas; leche; y alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez, en el marco de los programas disponibles al efecto.

Art. 21.- Estrategias específicas para la salud perinatal y primeros años de vida. La autoridad de aplicación deberá implementar políticas específicas de atención, promoción, protección y prevención de la salud integral de las personas gestantes y de los niños y las niñas hasta los tres (3) años. En particular, se deberá promover en el sistema de salud:

a. El acceso a la atención de las mujeres y de otras personas gestantes, a fin de realizar controles e intervenciones oportunas y de manera integral para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de eventuales complicaciones;

b. Estrategias de protección del sueño seguro para todos los niños y las niñas que incluye capacitación a los equipos de salud, las mujeres y otras personas gestantes y a las familias, sobre prácticas de prevención de eventos graves durante el sueño;

c. Estrategias de prevención de lesiones no intencionales durante los primeros años que deberán incluir capacitación a los equipos de salud respecto del cuidado de los espacios públicos y privados para prevenir lesiones en estas edades; transmisión de medidas preventivas a las familias; normativas sobre seguridad de juguetes y mobiliarios y espacios seguros para el traslado en transporte público y privado.

d. Un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente entre el primer y el segundo nivel de atención en salud.

Derecho a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad se deberán incorporar paulatinamente en los efectores de salud, de acuerdo a los plazos que establezca la autoridad de aplicación, el equipamiento para procedimientos y técnicas diagnósticas de las condiciones de alto riesgo para la salud de mayor prevalencia en los primeros años, que deberán acompañarse de la capacitación del personal interviniente para la realización de los mismos. También se incorporará, en la forma que establezca la autoridad de aplicación,

el acceso de las personas gestantes al estudio de morfología fetal por ecografía, o método que en el futuro lo reemplace, entre las 18 a 22 semanas de gestación, para definir malformaciones congénitas mayores o problemas de la salud fetal, y a otros estudios y prácticas que se establezcan en los protocolos que dicte la autoridad de aplicación.

Art. 23.- Personas que cursen embarazos de alto riesgo. Trombofilia. Para las personas gestantes que cursen embarazos de alto riesgo, la autoridad de aplicación deberá impulsar un modelo de atención que priorice las intervenciones comunitarias centradas en el cuidado de la salud integral, el acceso equitativo a las redes de servicios de salud perinatal organizados según la complejidad lo requiera para los métodos diagnósticos y los tratamientos indicados, así como también procurar que los nacimientos ocurran en maternidades seguras para la atención, según el riesgo de la persona gestante o la salud fetal.

También deberá impulsar el establecimiento de un modelo de atención que priorice las intervenciones comunitarias centradas en el cuidado de la salud integral, con enfoque en la reducción del riesgo, el acceso equitativo a los servicios de salud según la complejidad requerida para los métodos diagnósticos y el tratamiento, cuando estuviera indicado.

Art. 24.- Mujeres u otras personas gestantes en situación de violencia por razones de género. La autoridad de aplicación deberá arbitrar los medios para que, en los dispositivos intervinientes en la implementación de la presente ley, se informe a las mujeres y otras personas gestantes, sobre su derecho a una vida libre de violencia física, psicológica, obstétrica e institucional y que se les brinde información sobre los dispositivos de atención y denuncia existentes. A tal fin, la autoridad de aplicación diseñará material de difusión específico acerca de esta temática.

En aquellos casos en los cuales, en el marco de la atención sanitaria, se observen indicios o sospechas de posibles situaciones de violencia por motivos de género, los equipos profesionales y personal interviniente tienen el deber de informar a las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes sobre los derechos establecidos en la ley 26.485 y sobre los recursos de atención y denuncia existentes. Las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes en situación de violencia por razones de género que manifestasen su voluntad de ser atendidas por los servicios de salud mental, deberán recibir atención de inmediato. Los servicios de salud deberán garantizar una atención adecuada, articulando con los organismos competentes en la materia para la derivación correspondiente y el cumplimiento de la ley 26.485.

Art. 25.- Indicadores. La autoridad de aplicación deberá acordar, en el marco de la unidad de coordinación establecida en el artículo 30 de la presente ley, un listado de indicadores integrales que incluyan los determinantes sociales de la

salud, para aportar información a nivel poblacional con la que sea posible identificar a las personas gestantes, los niños y las niñas en situaciones de amenaza o vulneración de derechos que afecten o pudieran afectar su salud integral.

La autoridad de aplicación promoverá la capacitación en estos indicadores, búsqueda activa e incumbencias sobre protocolos a seguir en casos de vulneración de derechos que afecten la salud integral, a todos los integrantes de equipos de salud, desarrollo social, educación y de protección de las infancias, responsables del cuidado integral de la salud de las personas gestantes, las niñas y los niños hasta los tres (3) años de edad.

Art. 26.- Niñas y adolescentes embarazadas. La autoridad de aplicación de la presente ley deberá asegurar protocolos para la atención especializada y específica para las niñas y adolescentes menores de quince (15) años embarazadas, como grupo en situación de alta vulnerabilidad. Se garantizará una atención oportuna del servicio de salud para la detección de un posible abuso sexual con todos los resguardos necesarios para preservar su privacidad y la confidencialidad y respetar la autonomía progresiva según lo establece el Código Civil y Comercial de la Nación, evitando su re victimización.

Derecho a la información

Art. 27.- Guía de cuidados integrales de la salud. La autoridad de aplicación diseñará y publicará en formato accesible una guía de cuidados integrales de la salud que contendrá información propia de cada etapa del curso vital, brindará información sobre el derecho a una vida libre de violencias, difundirlos beneficios de la lactancia materna y estimulará la corresponsabilidad en las tareas de cuidado con refuerzo en los vínculos tempranos, el juego y el disfrute. Se promoverá su difusión en todos los establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, que cuenten con atención obstétrica y/o pediátrica, dispositivos territoriales de cada organismo con competencia en la materia, y a través de todos los medios posibles.

Art. 28.- Línea gratuita de atención. La autoridad de aplicación deberá incorporar en las líneas gratuitas de atención telefónica ya existentes, en forma articulada con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a través de los organismos gubernamentales pertinentes, la atención de mujeres y personas gestantes y sus familiares a fin de brindar información adecuada acorde a la etapa de gestación o crianza correspondiente. La autoridad de aplicación desarrollará contenidos adaptables a diversos medios y formatos de comunicación que promuevan y faciliten el acceso a la información. Se creará un dispositivo específico de atención, derivación y seguimiento de mujeres y personas gestantes en situaciones de especial vulnerabilidad. (Ley 27611)

Lo más reciente que reafirma la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva es el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 que se elaboró con el fin de proteger los avances logrados hasta ahora y cerrar las brechas que subsisten a fin de promover una vida saludable y el bienestar de todas las mujeres, los niños y los adolescentes en la Región. Si bien en distintos planes y resoluciones se habían plasmado mandatos regionales anteriores y la labor relacionada con la salud de estos grupos, en este plan se propone un enfoque integrado de la totalidad del curso de la vida para afrontar los desafíos y los obstáculos comunes, y fomentar la salud y el bienestar a lo largo del tiempo y entre generaciones. El plan está en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (OPS 2018)

Con todo lo descrito anteriormente, podemos ver que el control prenatal es muy importante para todas las embarazadas y sus bebés. Que nazcan sin complicaciones, estén sanos y no lamentarnos por complicaciones que pudieron ser evitadas, valoradas y tratadas a tiempo por el equipo de salud. (M.Vera.2015)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo De Estudio

En la presente investigación es un estudio descriptivo, con datos cuantitativos y de corte transversal, realizado en el servicio de la Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 a mayo de 2022.

Fuente:

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta, diseñada para esta investigación.

Fuentes primarias: encuesta a las embarazadas adolescentes que se encuentran en el Servicio de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui.

Población

La población estudiada son todas las adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años que asisten al Servicio Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 a mayo de 2022.

Muestra

50 adolescentes embarazadas entre 13 a 19 años que asisten al Servicio Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 a mayo de 2022.

Unidad De Análisis

Cada una de las adolescentes embarazadas entre 13 -19 años que asisten al Servicio Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 mayo de 2022 y que prestaron su consentimiento voluntario para responder a la encuesta.

Criterios De Inclusión

Embarazadas adolescentes entre 13 -19 años que asisten al Servicio Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 mayo de 2022 y que prestaron su consentimiento voluntario para responder a la encuesta.

Criterios De Exclusión

Embarazadas adolescentes entre 13 -19 años que asisten al Servicio Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui durante el periodo noviembre de 2021 mayo de 2022 y que no prestaron su consentimiento voluntario para responder a la encuesta. O no asistieron a la maternidad el día de la encuesta.

Técnicas e instrumentos

El instrumento de recolección de datos está conformado por una encuesta de carácter anónimo y voluntario, donde se realiza a las embarazadas una serie de preguntas con múltiples opciones (ver anexo 1)

Los datos se procesaron en el programa Excel y se expusieron en tablas y gráficos.

Tipo de fuente: Primaria. Encuesta elaborada para la presente investigación.

Variables

Variables	Indicadores
Características sociodemográficas:	13 a 15, 11 meses y 29 días
Edad	16 a 18, 11 meses y 29 días

	19, 11 meses y 29 días.
Nivel de estudio	Primaria completa Primaria incompleta Secundario completo Secundario incompleto Otros (terciario)
Con quien vive	Pareja Padres Sola Otros
Tiene hijos	Si No
Utiliza Métodos Anticonceptivos	Si No
Accesibilidad a Obra social	Si No
Asistencia a controles Prenatales	Si No
Frecuencia de controles Durante la gestación	Más de 1 mes Cada 1 mes Cada 15 días
Información recibida durante los controles prenatales	Si No
Donde realiza los controles Prenatales	Hospitales Centro de salud otros No
Factores económicos trabaja	Si No
Es beneficiario de plan	Si

social	No
Accesibilidad administrativa: Modo de obtención de turno	Por teléfono Por internet Presencial
Tiempo de demora Para la atención	En la semana Dentro del mes Más de 1 mes
Accesibilidad geográfica: Distancia al centro de salud	Menos de 15 cuadras Más de 15 cuadras
Medios de transporte que utiliza	Micro Vehículo particular Remis Otros
Accede sola a la consulta	Si No
Comunicación con el Personal de salud	Buen trato y predisposición en la atención: Si No
Empatía	Atención personalizada(La llaman por su nombre) Si No (La miran a los ojos cuando le hablan). Si No
Complicaciones en el Embarazo	Si No

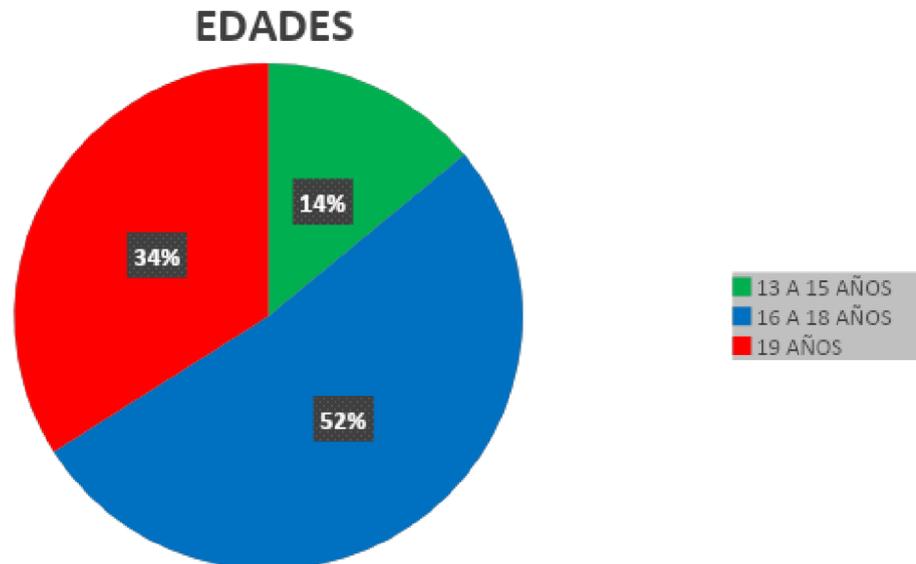
Resultados: Tablas y gráficos.

TABLA N 1: Edad de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
13 A 15 AÑOS	7	14%
16 A 18 AÑOS	26	52%
19 AÑOS	17	34%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N 1: Edad de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Del 100 % de las adolescentes el 52% tienen de 16 a 18 años, el 34% tienen 19 años y el 14% de adolescentes embarazadas tienen la edad de 13 a 15 años.

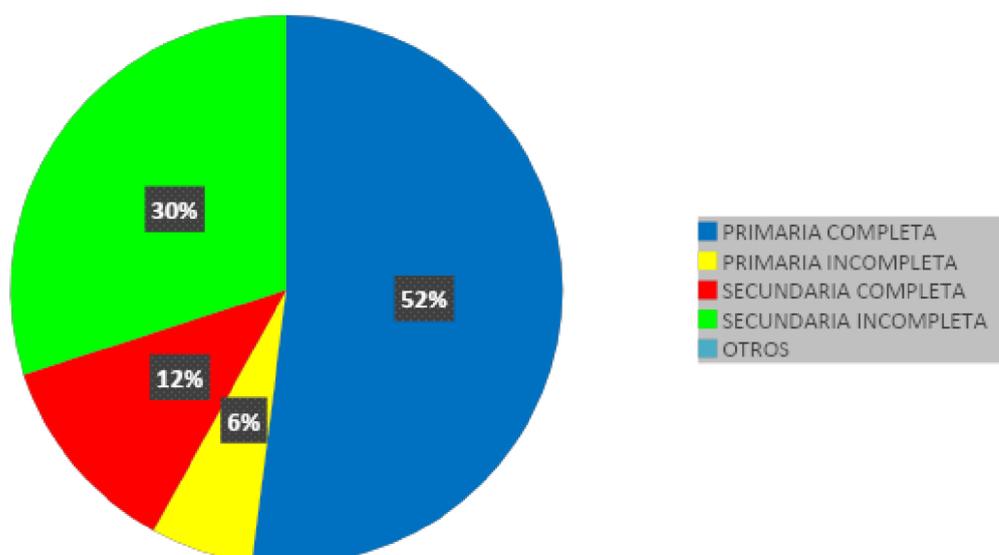
TABLA N 2: Nivel de estudio de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

NIVEL DE ESTUDIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA COMPLETA	26	52%
PRIMARIA INCOMPLETA	3	6%
SECUNDARIA COMPLETA	6	12%
SECUNDARIA INCOMPLETA	15	30%
OTROS (terciario)	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N° 2: Nivel de estudio de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

NIVEL DE ESTUDIO



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

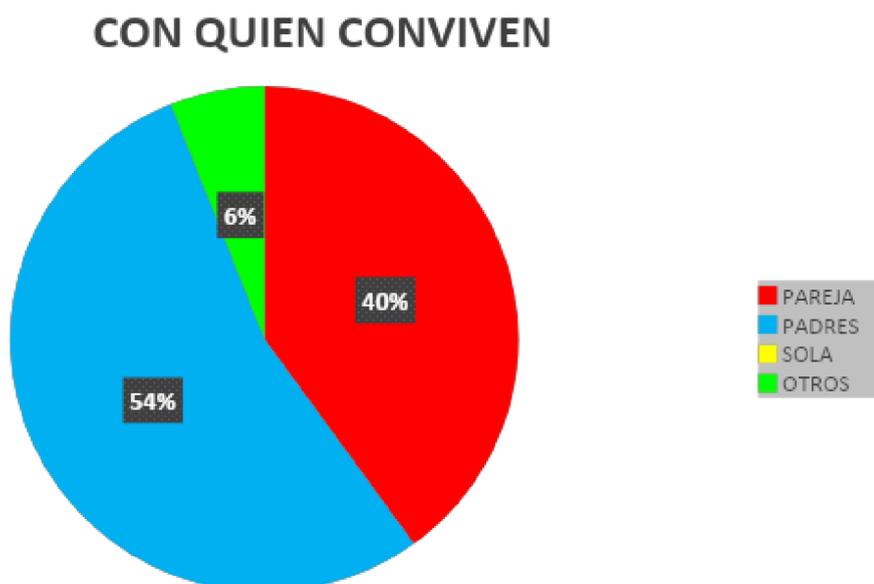
Análisis e interpretación: Se observa que el 52% de las adolescentes encuestadas tienen primaria completa, 6% primaria incompleta mientras que el 12% tienen secundario completo y 30% de secundario incompleto, y no poseen otros estudios (terciario).

TABLA N 3: Convivencia de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

CONVIVEN CON	CANTIDAD	PORCENTAJE
PAREJA	20	40%
PADRES	27	54%
SOLA	0	0%
OTROS	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N° 3: Convivencia de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

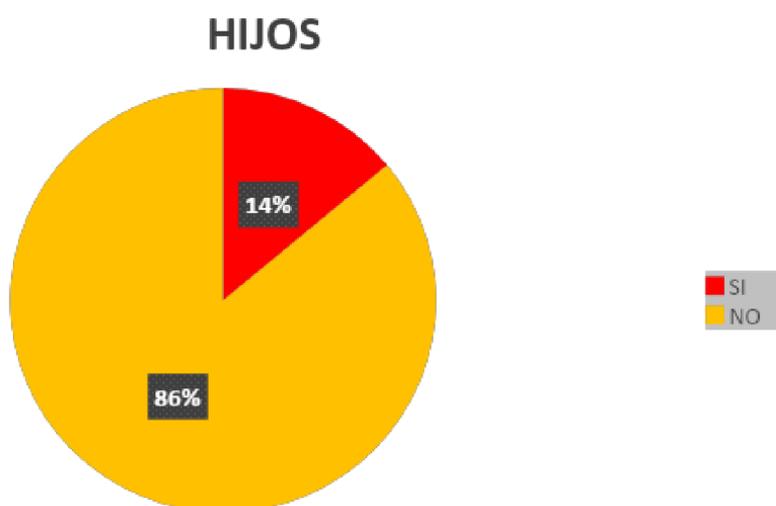
Análisis e interpretación: Se observa que el 54% de las adolescentes viven con sus padres, 40% con sus parejas mientras que el 6% viven con otros familiares y no se encontraron adolescentes que vivan solas.

TABLA N°4: Hijos de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

HIJOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	7	14%
NO	43	86%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°4: Hijos de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 86% de las adolescentes tienen hijos mientras que el 14% no tienen hijos.

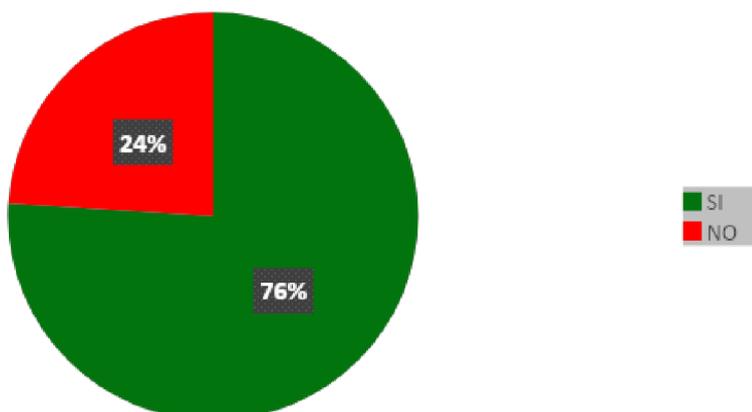
TABLA N°5: Métodos anticonceptivos de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

METODOS ANTICONCEPTIVOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	38	76%
NO	12	24%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°5: Métodos anticonceptivos de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

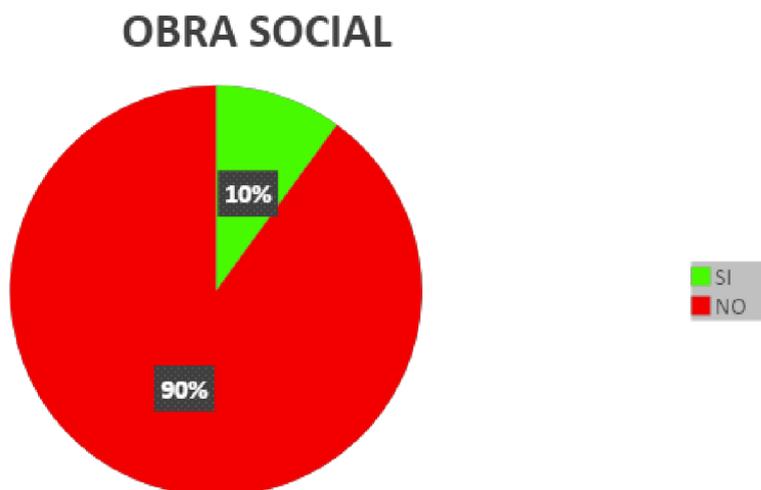
Se observa que el 76% de las adolescentes utiliza métodos anticonceptivos, mientras que 24% no lo utilizan.

TABLA N°6: Obra Social de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

OBRA SOCIAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	5	10%
NO	45	90%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°6: Obra Social de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

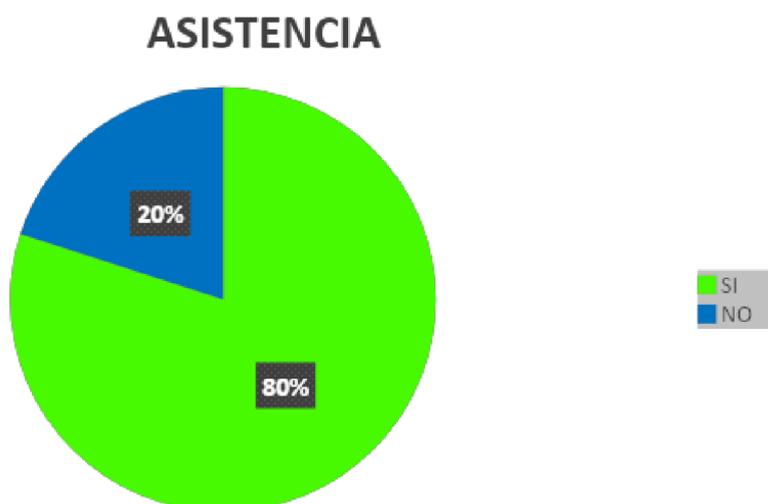
Se observa que el 90% de las adolescentes no tienen obra social, mientras que 10% cuentan con una obra social.

TABLA N°7: Asistencia al control prenatal de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

ASISTENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	40	80%
NO	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°7: Asistencia al control prenatal de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 80% de las adolescentes si asisten a los controles prenatales, mientras que el 20% no asisten a los controles prenatales.

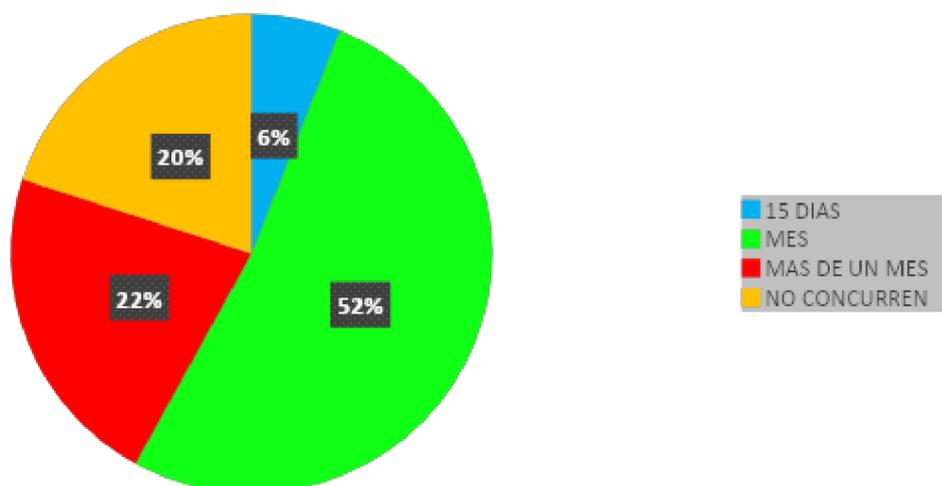
TABLA N°8: Frecuencias de los controles prenatales de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

FRECUENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 DIAS	3	6%
MES	26	52%
+ MES	11	22%
NUNCA	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°8: Frecuencias de los controles prenatales de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

FRECUENCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 52% de las adolescentes asisten a los controles prenatales cada mes, mientras que el 22% asisten más de un mes, por otro lado, el 20% nunca concurren y un 6% asisten cada 15 días a los controles.

TABLA N°9: Información de los controles prenatales de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

INFORMACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	40	80%
NO	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°9: Información de los controles prenatales de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 80% de las adolescentes tienen información sobre los controles prenatales, mientras que el 20% no tienen información sobre los controles prenatales.

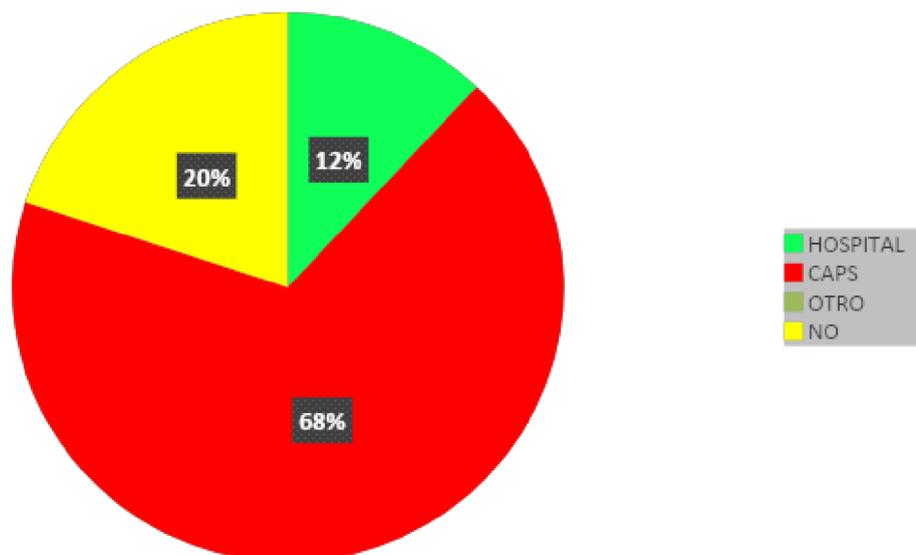
TABLA N°10: Lugar donde se realizan los controles prenatales de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

LUGAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
HOSPITAL	6	12%
CAPS	34	68%
OTRO	0	0%
NO	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°10: Lugar donde se realizan los controles prenatales de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

LUGAR DE ASISTENCIA



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

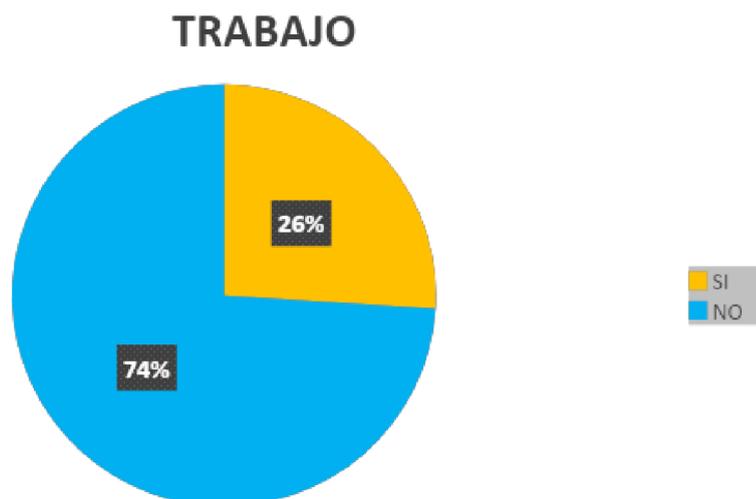
Se observa que el 68% de las adolescentes asisten a los CAPS, mientras que el 20% no asisten en ningún lugar, por otro lado, el 12% asisten a los hospitales y un 0% asisten en otros lugares.

TABLA N°11: Trabajo de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

TRABAJO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	13	26%
NO	37	74%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°11: Trabajo de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 74% de las adolescentes no trabajan, mientras que el 26% tienen trabajo.

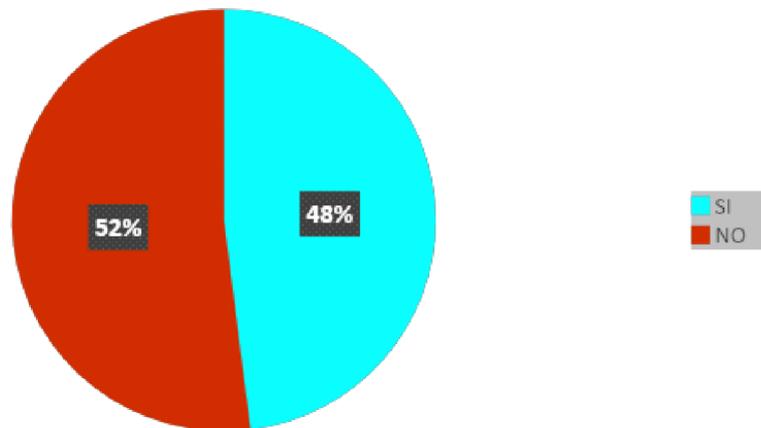
TABLA N°12: Beneficios del plan social de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

BENEFICIOS PLAN SOCIAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	24	48%
NO	26	52%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°12: Beneficios del plan social de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

BENEFICIOS PLAN SOCIAL



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 52% de las adolescentes no tienen beneficios sociales, mientras que el 48% tienen beneficios de planes sociales.

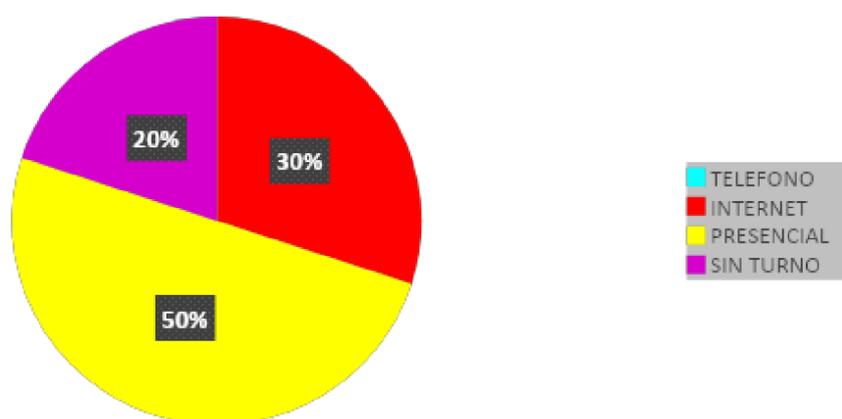
TABLA N°13: Modo de obtención de turno de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

MODO DE OBTENCION DE TURNO	CANTIDAD	PORCENTAJE
TELEFONO	0	0%
INTERNET	15	30%
PRESENCIAL	25	50%
SIN TURNO	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°13: Modo de obtención de turno de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

MODO OBTENCION DE TURNO



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 50% de las adolescentes obtienen el turno presencial, mientras que el 30% mediante internet, por otro lado, el 20% no cuentan con turnos y un 0% obtiene el turno por teléfono.

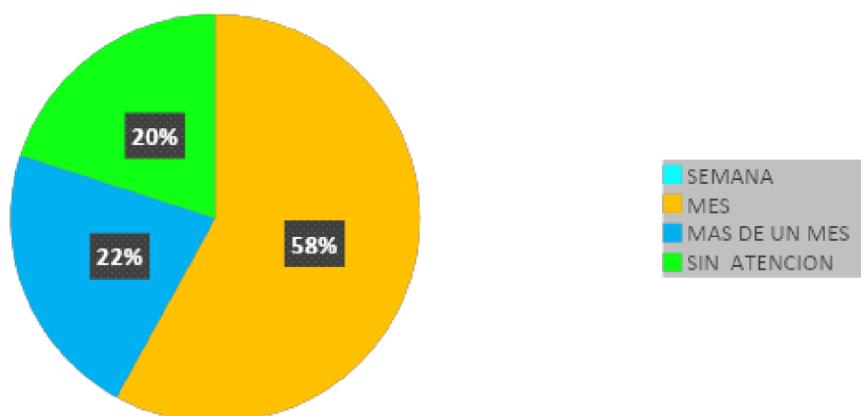
TABLA N°14: Tiempo de demora en la atención de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

TIEMPO DE DEMORA EN LA ATENCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
SEMANA	0	0%
MES	29	58%
+ MES	11	22%
SIN ATENCION	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°14: Tiempo de demora en la atención de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

TIEMPO DE DEMORA DE ATENCION

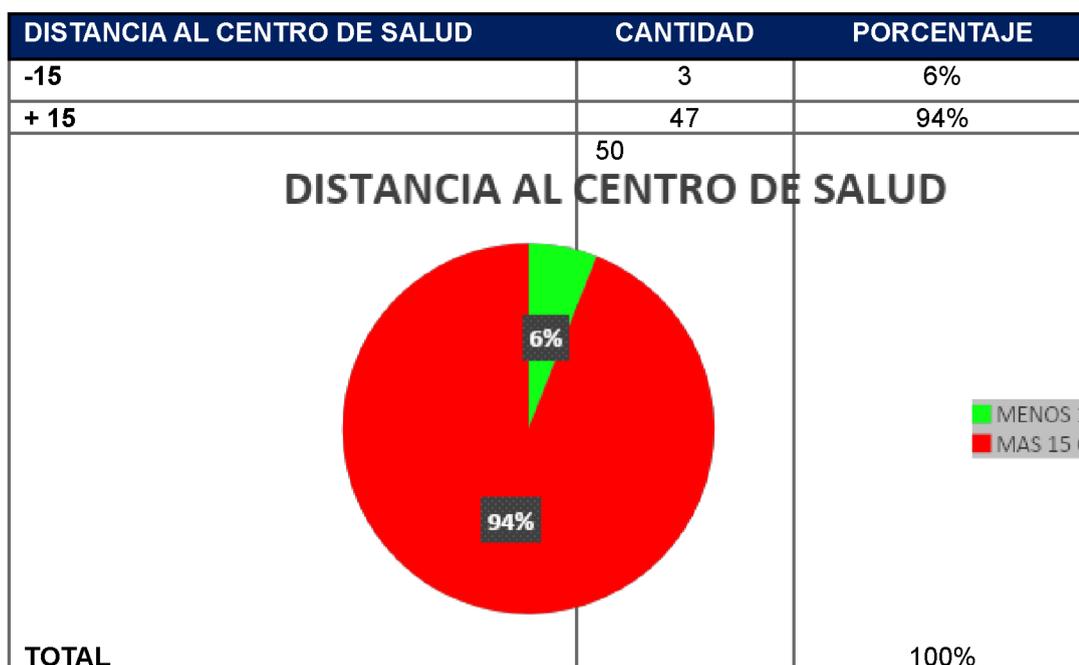


Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 58% de las adolescentes tienen un mes de demora de atención, mientras que el 22% más de un mes, por otro lado, el 20% sin ninguna atención y un 0% tienen una semana de demora.

TABLA N°15: Distancia al centro de salud de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°15: Distancia al centro de salud de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 94% de las adolescentes tienen más de 15 cuabras, mientras que el 6% tienen menos de 15 cuabras.

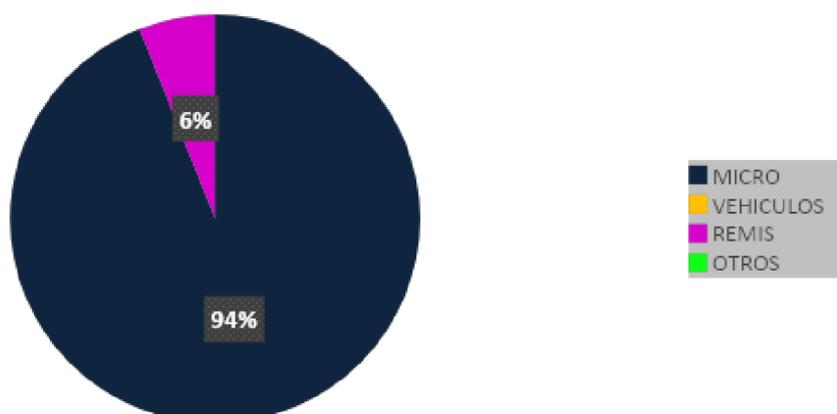
TABLA N°16: Medios de transporte utilizados por las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

MEDIOS DE TRANSPORTES	CANTIDAD	PORCENTAJE
MICRO	47	94%
VEHICULOS	0	0%
REMIS	3	6%
OTROS	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°16: Medios de transporte utilizados por las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

MEDIOS DE TRANSPORTE

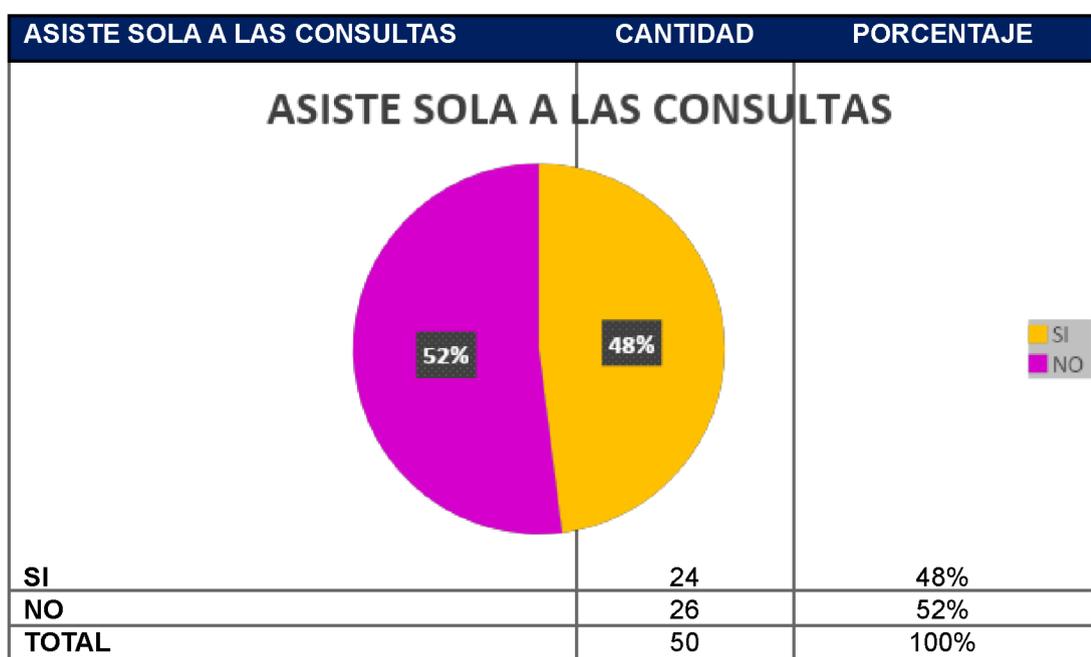


Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 94% de las adolescentes utilizan como medio de transporte micro para asistir al centro de salud, mientras que el 6% utiliza remis, por otro lado, el 0% utilizan con vehículos y un 0% utilizan otros medios de transporte.

TABLA N°17: Asiste sola a las consultas de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°17: Asiste sola a las consultas de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 52% de las adolescentes no asisten solas a la consulta, mientras que el 48% asisten sola a la consulta.

TABLA N°18: La buena comunicación del personal de salud con las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

BUENA COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	50	100%
NO	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°18: La buena comunicación del personal de salud con las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 100% de las adolescentes tienen buena comunicación con el personal de salud.

BUENA COMUNICACIÓN

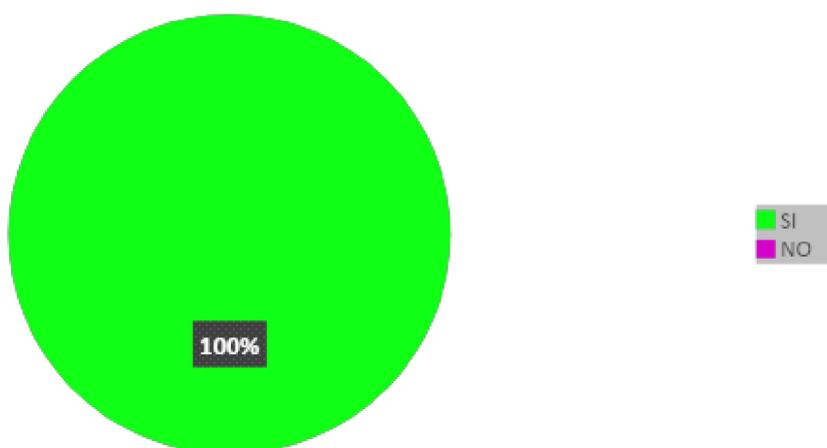


TABLA N°19: La llaman por su nombre a las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

LA LLAMAN POR SU NOMBRE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	50	100%
NO	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°19: La llaman por su nombre a las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 100% de las adolescentes la llaman por el nombre, de esta manera la atención es personalizada.

LA LLAMAN POR SU NOMBRE

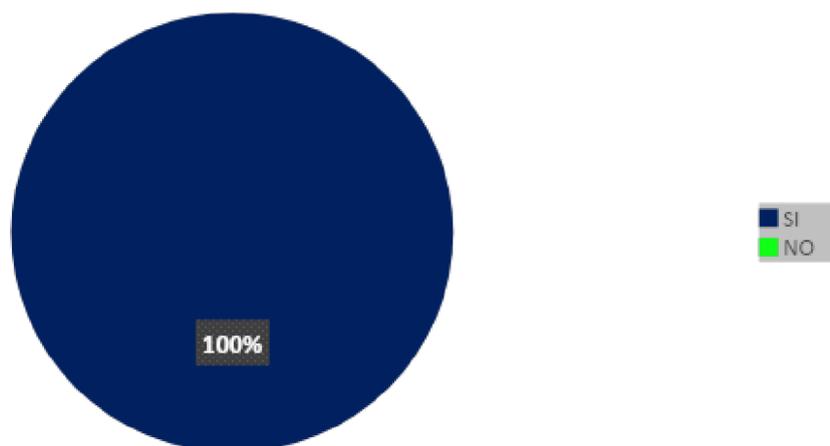


TABLA N°20: La miran a los ojos en la atención a las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

LA MIRAN A LOS OJOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	50	100%
NO	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

GRAFICO N°20: La miran a los ojos en la atención a las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 100% de las adolescentes la miran a los ojos mediante la atención, siendo una forma de manifestación de empatía por parte del personal de salud.

LA MIRAN A LOS OJOS

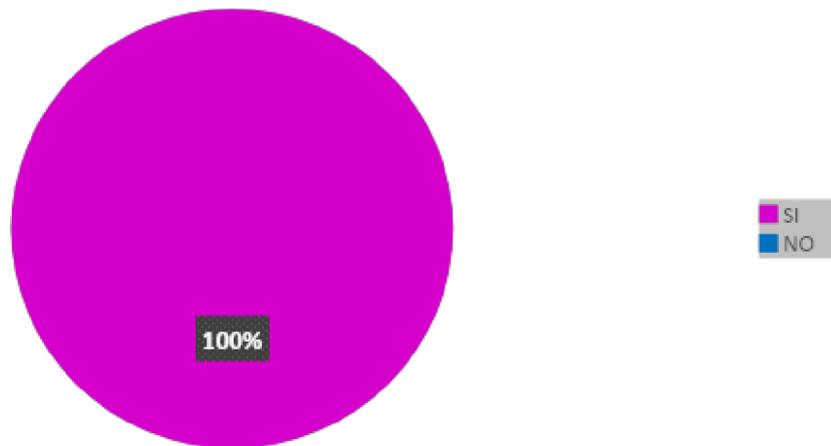
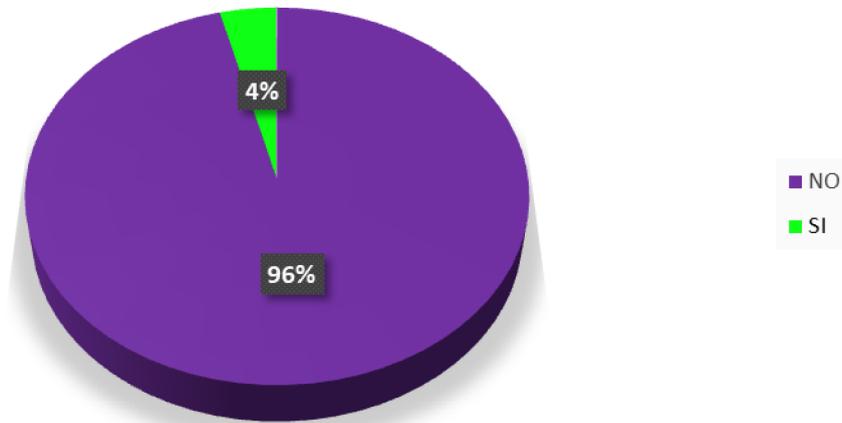


TABLA N°21: Complicaciones en el embarazo de las adolescentes que concurren al Servicio de Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui, en el período de noviembre 2021 a mayo 2022.

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO	48	96%
SI	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO



Fuente: Instrumento de recolección de datos diseñado para esta investigación

Análisis e interpretación:

Se observa que el 96% de las adolescentes no tuvieron complicaciones en el embarazo, mientras que el 4% tuvieron complicaciones en el embarazo.

Conclusiones

Gracias al trabajo de investigación se lograron obtener resultados mediante las encuestas realizadas a la muestra (50) mujeres adolescentes embarazadas entre 13 a 19 años del servicio de maternidad del hospital Evita Pueblo de Berazategui.

Durante el análisis de los datos obtenidos mediante las encuestas a mujeres adolescentes embarazadas, se obtuvo que el 52 % se encuentra en el intervalo étareo entre 16 a 18 años, y el 34% son mujeres adolescentes de 19 años. De ahí la importancia de comenzar desde la casa y en el ámbito escolar la

información para promover los Derechos Humanos en Salud Sexual Y reproductiva, ya que es significativo el dato que el embarazo ocurre a muy temprana edad. Otro resultado es que el 54% conviven con sus padres, los aspectos de crianza del niño pueden transmitirse de madres a hijas y más aún si viven en la casa de sus progenitores; el 40% conviven en pareja. El 86% no tienen otros hijos y el 14% si. Dentro de los derechos humanos y en esta área que investigamos tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, y a recibir toda la información al respecto a fin de tomar sus decisiones.

Dentro de los factores culturales el nivel de educación alcanzado por las mismas arrojó que el 52% de las adolescentes tienen un nivel de estudios primario completo y el 30% el secundario incompleto, no habiendo estudiantes a nivel terciario.

Con respecto a la utilización de métodos anticonceptivos el 76% si utiliza métodos de barrera, y el 24% no. El 90% no tienen obra social, por lo que la accesibilidad al Sistema de Salud por los CAPS es relevante para lograr una planificación familiar responsable. Cabe destacar del 100%, el 68% manifestó que el lugar de asistencia al que concurren para realizar sus controles prenatales son los CAPS, en tanto el 14% los realizan en los hospitales El Centro de Salud dado que corresponde al Primer Nivel de atención por su área geográfica facilita la accesibilidad para que lleguen a un lugar de atención de la salud más cercano a su domicilio y no sólo obtener accesibilidad geográfica sino económica también, dato se suma importancia considerando que el 74% de las adolescentes no trabajan y el 52% no cuentan con un plan social; el acceso a la salud desde los efectores estatales se convierte en un pilar para disminuir la morbimortalidad infantil. Sin este pilar sanitario quedaría un alto porcentaje sin acceso a la salud dado que no tienen ocupación y no cuentan con un plan de asistencia económica. Esta investigación descriptiva refuerza el concepto de la importancia de identificar los factores sanitarios y culturales que influyen en los controles prenatales de las embarazadas adolescentes que toma distintas características por regiones.

Otro dato relevante que obtuvimos es que el 80% si asisten a los controles prenatales, el 20% no asisten a los controles prenatales cada mes; los controles realizados en forma oportuna y continua permiten un buen control del embarazo para cumplir con el objetivo de mamá y bebé sano y detectar situaciones de riesgo. El 80% de las adolescentes embarazadas reciben información de controles prenatales y el 20% no, si relacionamos las variables frecuencia de los controles y la información recibida, da como resultado ese 20% que no recibió información coincide con la ausencia de controles prenatales.

El modo de obtención de turno es el 50% de forma presencial y el 30% a través de internet. El 58% de demora para la atención es de un mes. El 94% tiene más de 15 cuadras de distancia al centro de salud. El 94% de las adolescentes utilizan como medio de transporte micro para asistir al centro de salud. El 52% de las adolescentes no asisten solas a la consulta prenatal, mientras que el 48% asisten solas a la consulta.

En el centro de salud el 100% de las adolescentes tienen buena comunicación, el 100% de las adolescentes la llaman por el nombre, el 100% de las adolescentes la miran a los ojos mediante la atención. El 96% de las adolescentes no tuvieron complicaciones en el embarazo, mientras que el 4% tuvieron complicaciones en el embarazo.

Esta investigación se propuso identificar si los factores sanitarios y culturales influyen en los cuidados prenatales en embarazadas adolescentes y los datos arrojados han mostrado que las adolescentes de edades más precoces son la mitad del total de este grupo, teniendo en cuenta que la promoción y prevención de embarazos no deseados debe comenzar en los hogares en conjunto con el sistema de atención primaria. También que los niveles de atención cercanos a los hogares deberá plantear un área geográfica para control y seguimiento de las adolescentes con un acercamiento cálido, respetuoso para que puedan acceder a la información sobre el cuidado de su salud. También esta investigación arrojó que los profesionales de la salud tienen una buena comunicación y generan empatía al tratar a las adolescentes de manera que no mostrar indiferencia, siendo que el 100 % tratan con empatía a las mismas, ante la consulta y también que son atendidas solas en caso que lo requieran.

Recomendaciones:

Es importante la promoción de las charlas, talleres, y folletos con información de la importancia de los controles prenatales el uso de métodos de anticonceptivos después de un embarazo. Brindar la información adecuada. Resaltar los derechos que tienen como pacientes en el momento de su atención. El equipo de salud debe actualizarse permanentemente en aspectos de Programa en Salud Sexual y Reproductiva, como así también en diversidad, género y sobre los derechos otorgados en el nuevo Código Civil donde pone de manifiesto la autonomía de las adolescentes a recibir información y decidir sin estar en compañía de sus padres o tutores.

Identificar aspectos culturales y sanitarios permitirá un óptimo abordaje de la atención de las embarazadas adolescentes y que las mismas tengan controles prenatales oportunos e integrales.

BIBLIOGRAFIA

Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). *Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia*. Revista de Medicina Herd, (pp 170-173).

Asprea, I., & Oscar García, C. N. (2013). Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recuperado el diciembre de 2017, de Ministerio de Salud de la República Argentina.

Dr. Casini S., G. A. (2002). *Guía de control prenatal, embarazo normal*. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Cáceres, F D & Manrique (2009) El control Prenatal: una reflexión urgente,. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 60, 165-170

Esguerra Velandia, C. R. (1991). Causas de inasistencia a control prenatal. Bogotá.

G, A. B., Heidy, N., & Montes. (2007). *Control Prenatal*. Revista Paceaña de Medicina Familiar.

Comes, Y; Solitario, R; Garbus, P; Mauro, M; Czerniecki, S; Vázquez, A; Anuario de Investigaciones, vol. XIV, (2007), pp. 201-209 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina.

Klaus M.H, Kennel J. H,” El Parto es Nuestro”. Es. Equipo Blog(Mayo 2010)

Libro de materno infantil de la carrera de enfermería de la universidad UNAJ. Compilado bibliográfico. (2011)

Incidencia de embarazos en adolescentes y factores de riesgo asociados en la consulta de control prenatal (2014) Revista Electrónica de PortalesMedicos.com – ISSN 1886-8924

Estrategia de salud para (2016-2030) (2016)

<https://www.unicef.org/ecuador/media/241/file/Estrategiasaludpara2016-2030>.

Gómez Haiss, Dante (2017) *La salud como derecho humano y social de primer orden*<https://aldiaargentina.microjuris.com-la-salud-como-derecho-humano-y-social-de-primer-orden/>

Julia Frenkel (2019) documento

<http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/embarazo-adolescente-argentina.pdf>)

Ley Nacional De Atención Y Cuidado Integral De La Salud Durante El Embarazo Y La Primera Infancia Ley 27611.(2021)

[/www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27611-346233/texto](http://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27611-346233/texto))

Cuidados prenatales en adolescentes embarazadas Trb.de Inv. M.Vera (2015)

ANEXOS:

ENCUESTA

1) Edad:

13 a 15, 11 meses y 29 días

16 a 18, 11 meses y 29 días

19, 11 meses y 29 días.

2) Cual es su nivel de estudio?

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundario completo

Secundario incompleto

Otros (terciario)

3) Con quien vive?

Pareja

Padres

Sola

Otros

4) Tiene otros hijos?

Si

No

5) Utiliza métodos anticonceptivos?

Si

No

6) Tiene obra social?

Si

No

7) Asiste a controles prenatales?

Si

No

8) Cuales es la frecuencia de sus controles prenatales?

Más de 1 mes

Cada 1 mes

Cada 15 días

9) Recibe información durante sus controles prenatales?

Si

No

10) Donde realiza los controles prenatales?

Hospitales

Centro de salud

Otros

No

11) Trabaja?

Si

No

12) Es beneficiario de algún Plan Social?

Si

No

13) De qué modo obtiene su turno?

Por teléfono

Por internet

Presencial

14) Cuanto tiempo demora la atención?

En la semana

Dentro del mes

Más de 1 mes

15) Que distancia tiene al centro de salud?

Menos de 15 cuadras

Más de 15 cuadras

16) Que medios de transporte utiliza?

Micro

Vehículo particular

Remis

Otros

17) Accede sola a la consulta?

Si

No

18) Tiene buen trato y predisposición el personal de salud?

Si

No

19) La llaman por su nombre?

Si No

20) La miran a los ojos cuando la atienden?

Si No

21) Tiene complicaciones en el embarazo?

Si No