

Promoviendo Interdisciplinariamente la Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes



Mesa Redonda: Adolescencia. Reconociendo Oportunidades.



Ariel Karolinski MD, ObGyn, MSc
Consultor en Salud Familiar, Género y Curso de Vida
OPS/OMS Argentina
karolinskia@paho.org

El Bolsón, Río Negro, Argentina
28 de abril de 2016.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Objetivos de la presentación

- Sintetizar la situación del embarazo adolescente (especialmente en menores de 15 años) a nivel mundial, regional, y en Argentina.
- Destacar sus consecuencias.
- Analizar la realidad del embarazo adolescente en Argentina y su variabilidad regional y provincial.
- Presentar las recomendaciones de la OMS para prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en países en desarrollo.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Prevenir el Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos

en adolescentes en los países en desarrollo

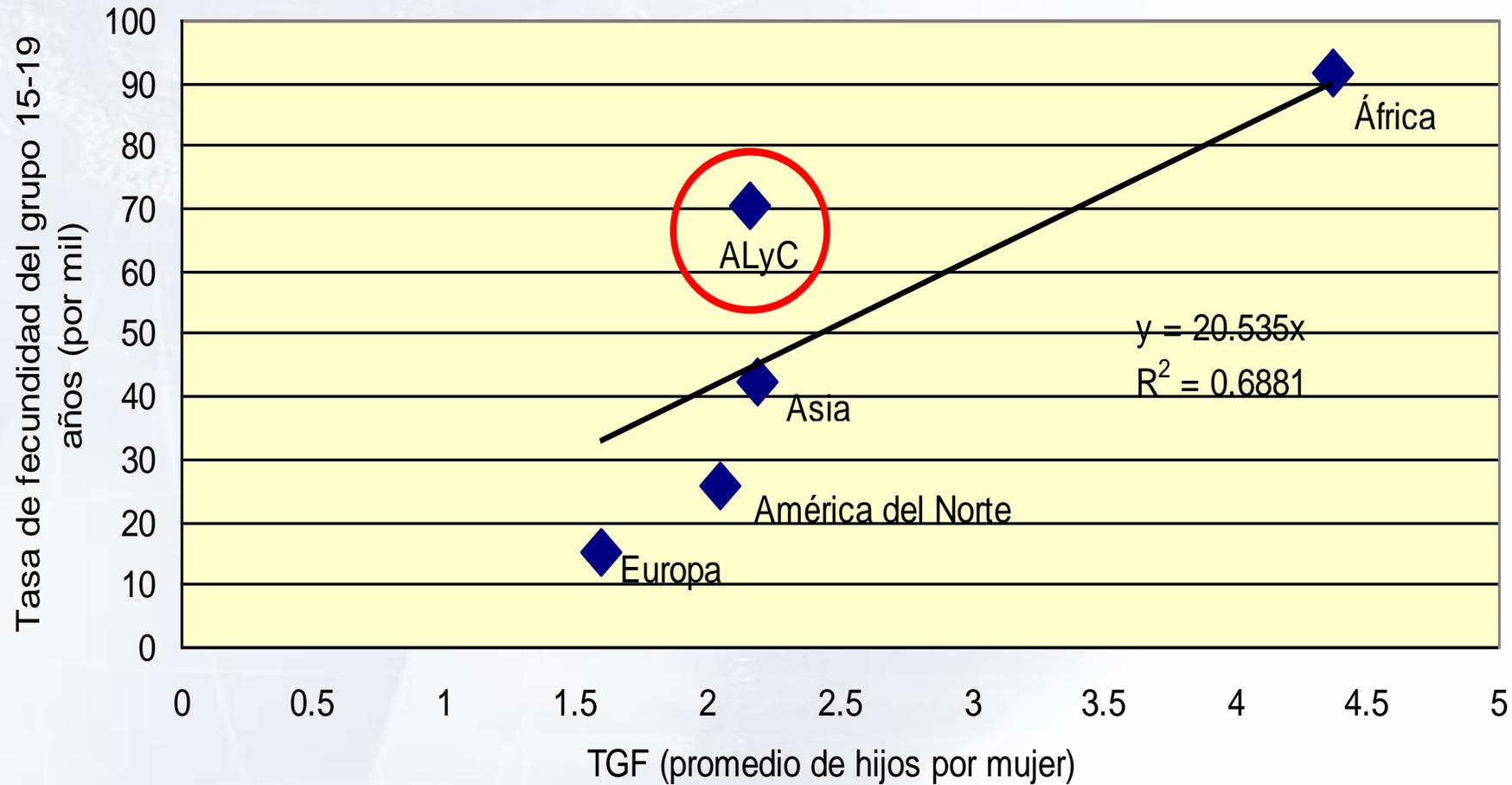
A simple vista



OMS

- 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años se convierten en madres cada año
- El embarazo en la adolescencia es más común en niñas pobres y menos educadas y aquellas viviendo en áreas rurales
- A pesar del progreso, el embarazo en la adolescencia continúa aumentando en algunas regiones del mundo en desarrollo

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA ANOMALÍA A ESCALA MUNDIAL. FECUNDIDAD ADOLESCENTE MUCHO MÁS ALTA QUE LA ESPERADA SEGÚN SU FECUNDIDAD TOTAL (TGF)

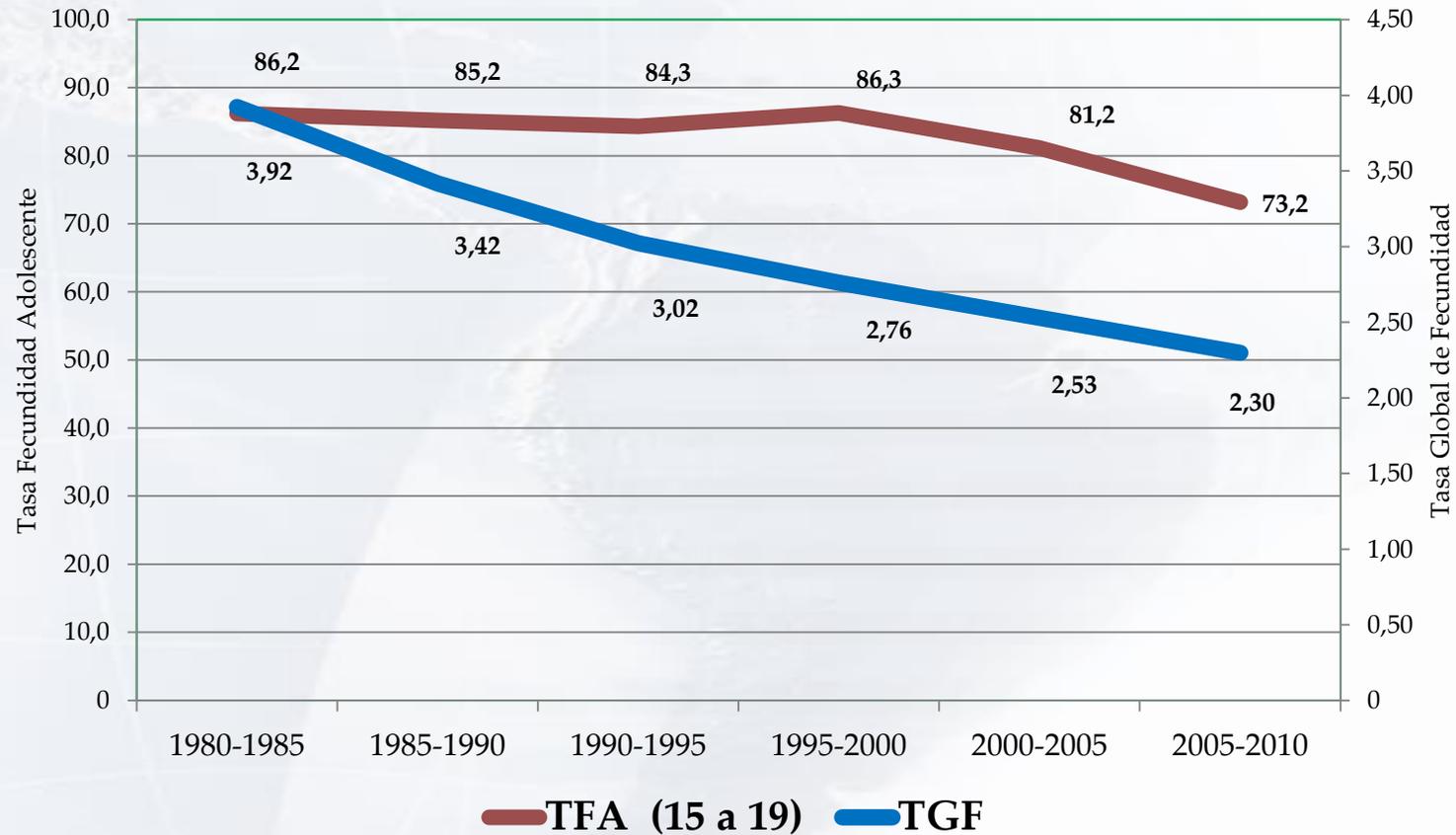


Organización
Panamericana
de la Salud



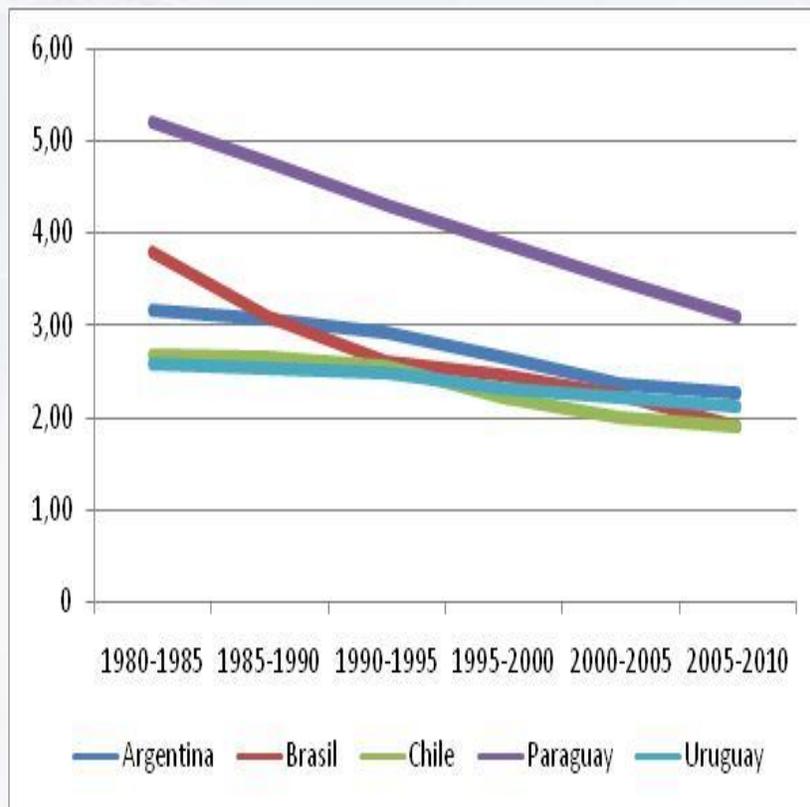
Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ALyC. TGF (hijos por mujer) por tasa de fecundidad adolescente, 1980-2010.

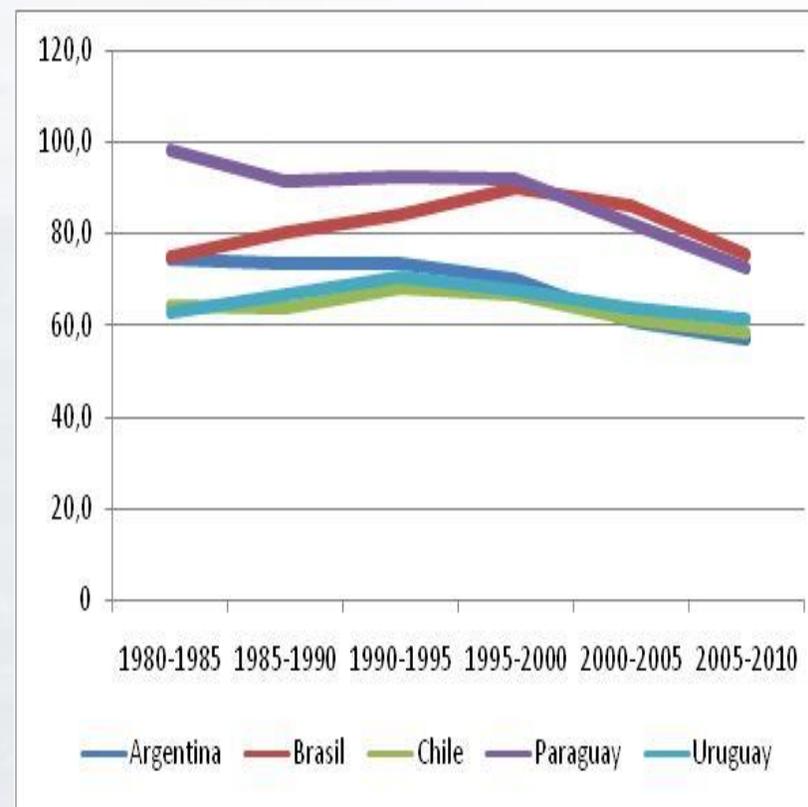


Cono Sur. Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente, 1980-2010

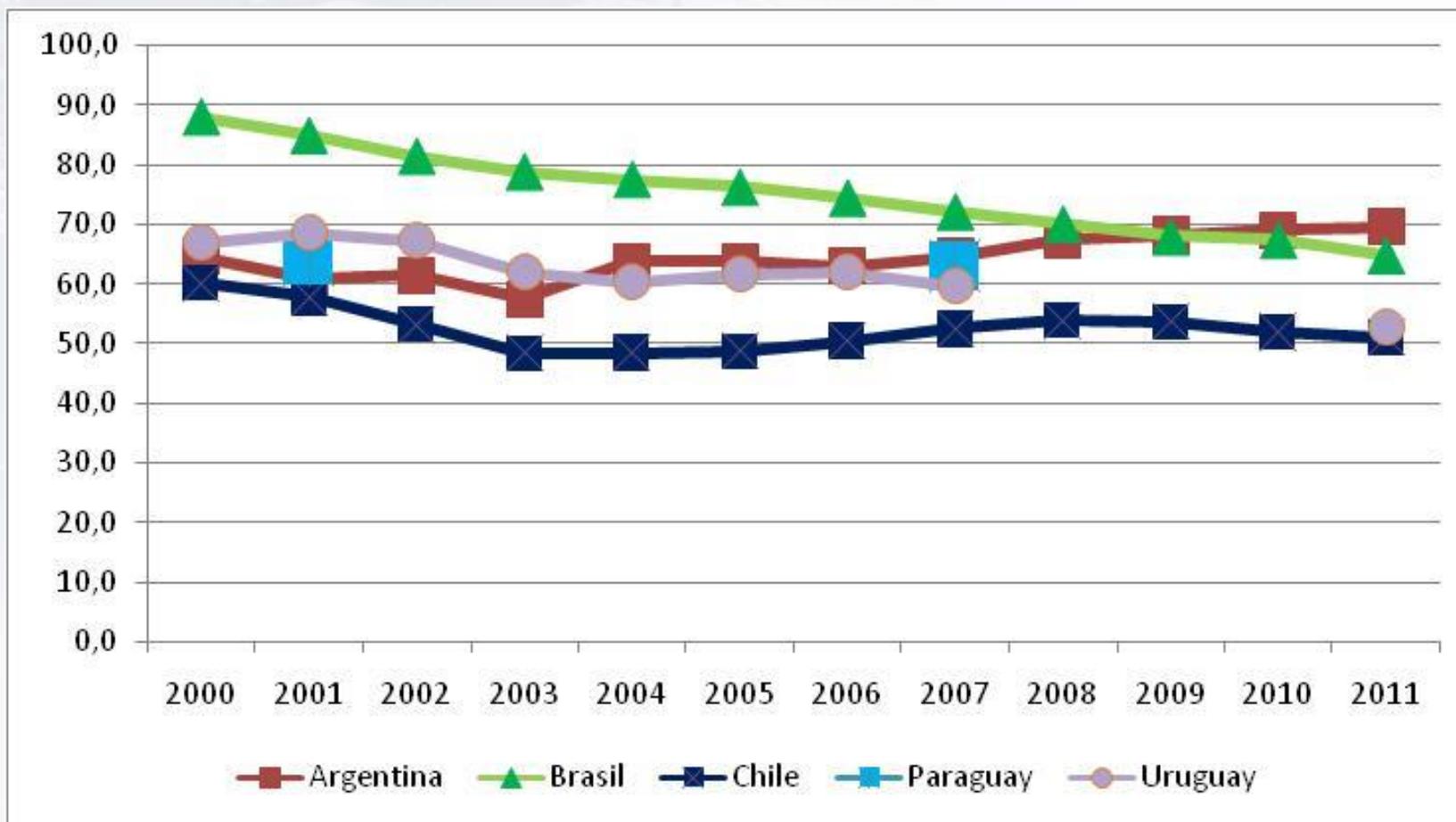
Tasa Global de Fecundidad



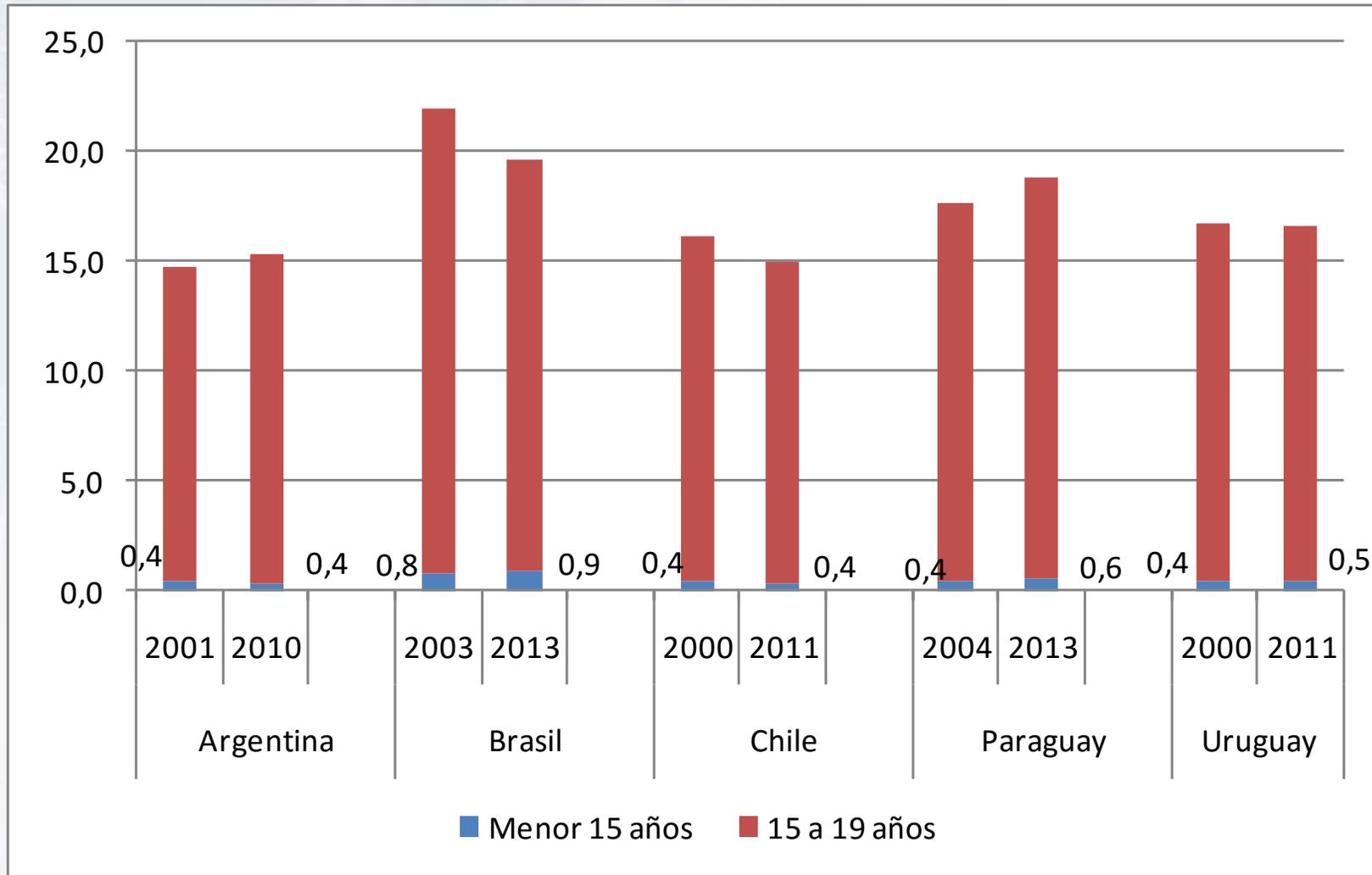
Tasa Fecundidad Adolescente



Cono Sur. TFA (15-19), 2000-2011



Nacimientos de madres adolescentes (%)



Repetición de la maternidad

- Nacimientos de segundo o mayor orden de madres adolescentes
 - **20%** en Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay (18%) ; **12.5%** en Chile
 - **Descendió** en todos los países (similar conclusión de Rodríguez en base a censos)
 - Una década atrás (25% en Argentina, 26% Uruguay, 21% Paraguay)

Consecuencias

El embarazo en la adolescencia y el parto se asocian con mayores riesgos para la salud de la madre:

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en adolescentes mujeres de 15-19 años en países en desarrollo.

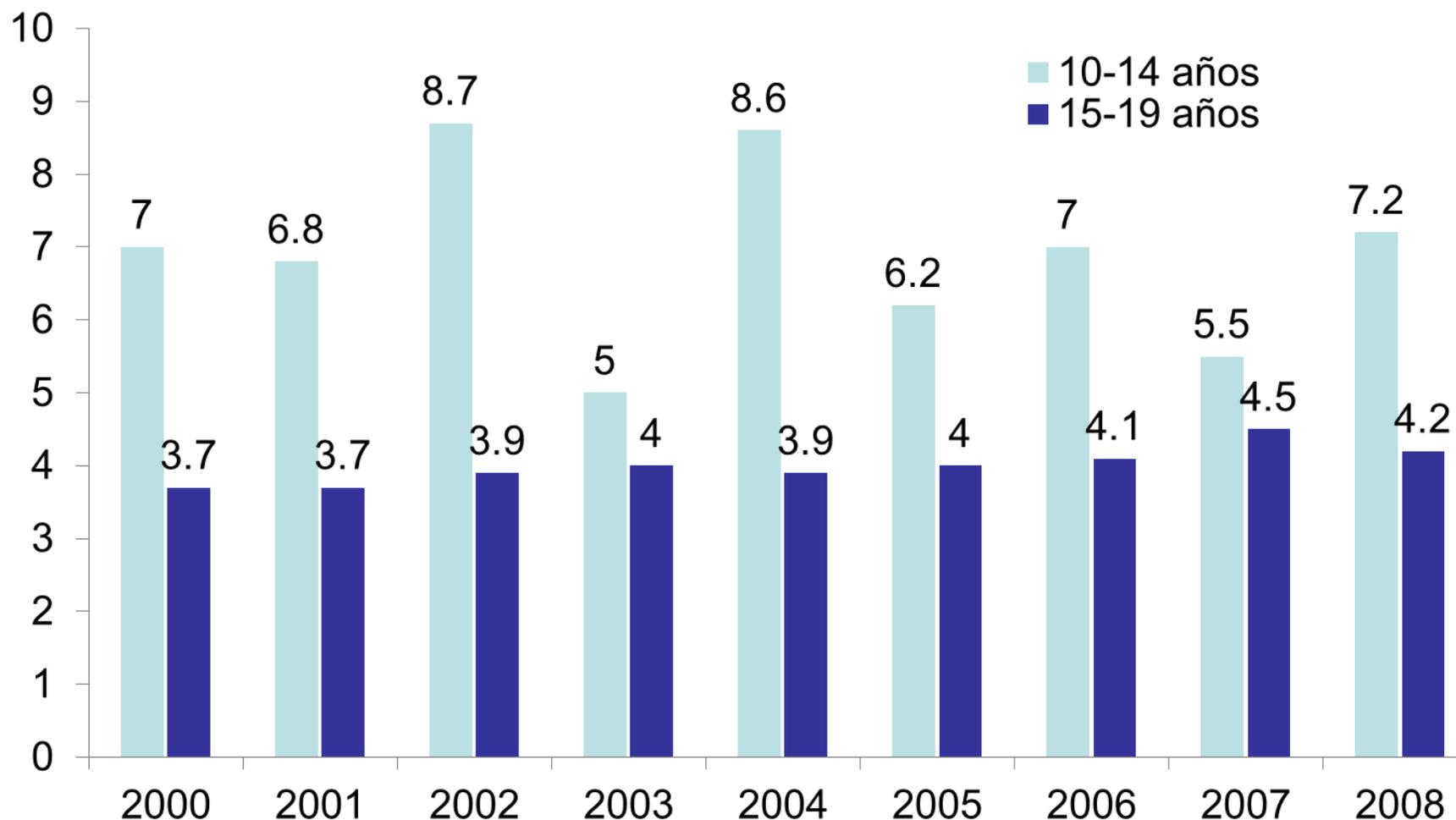
El embarazo en la adolescencia es perjudicial para la salud de los bebés: Los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidad de tener bajo peso al nacer y sufrir de enfermedades a largo plazo.

El embarazo en la adolescencia refuerza el círculo vicioso de la pobreza y la mala salud: las madres adolescentes en muchos lugares abandonan o son obligadas a abandonar la escuela, y son menos propensas que sus pares para desarrollar competencias vocacionales.

El riesgo es mayor en adolescentes más jóvenes



Mortalidad materna de 10 a 14 años y de 15 a 19 años en la Región. 2000-2008. Comparación de las Tasas por 10.000 NV (7 países)



Mortalidad Materna por grupos de edad: últimos datos sobre el riesgo de morir

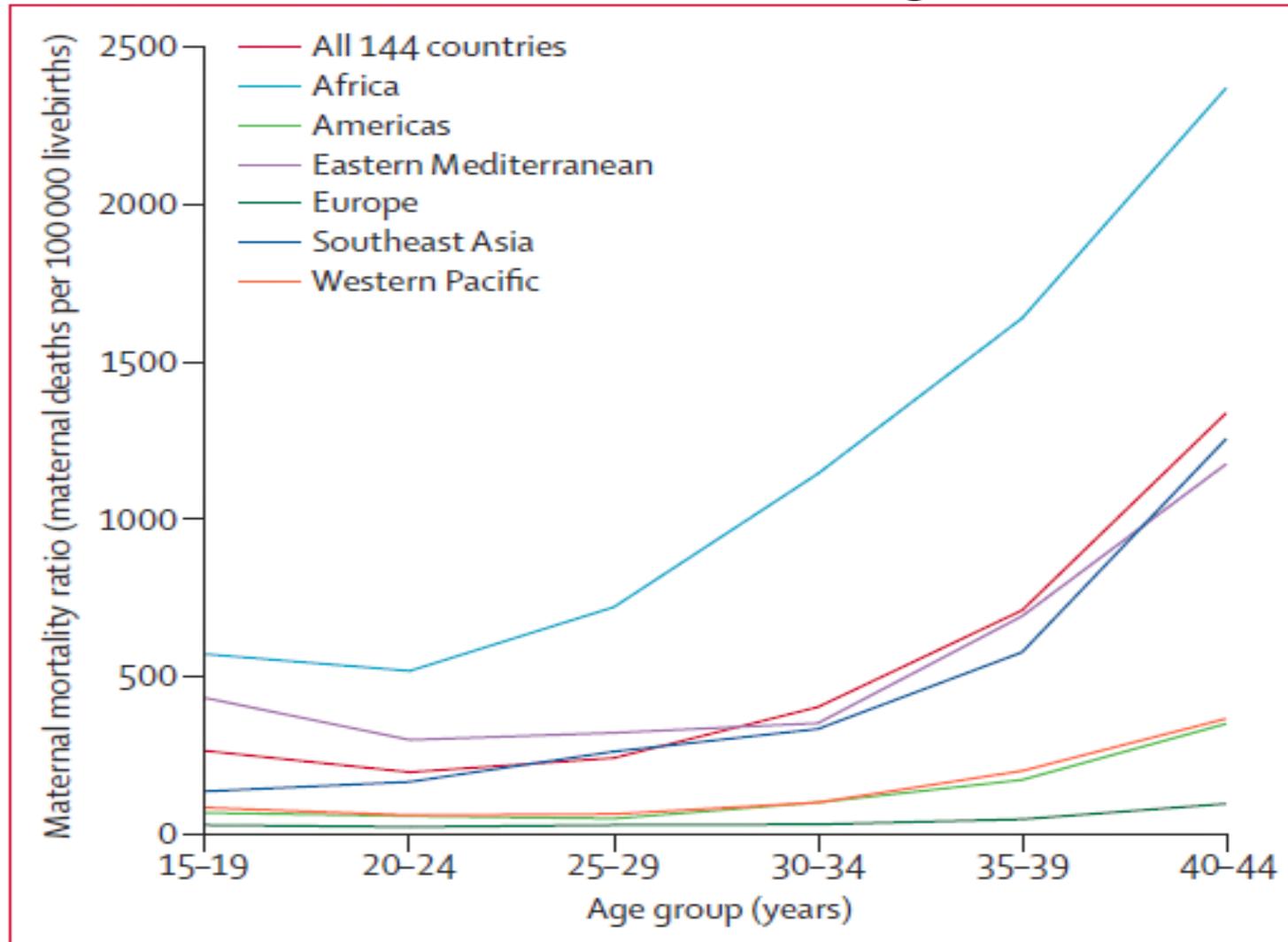


Figure 1: Age-specific maternal mortality ratios, by region

A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action

Silvina Ramos,^a Ariel Karolinski,^b Mariana Romero^c & Raúl Mercer^d for the Maternal Mortality in Argentina Study Group^e

Objective To perform a comprehensive assessment of maternal mortality in Argentina, the ultimate purpose being to strengthen the surveillance system and reorient reproductive health policies to prevent maternal deaths.

Methods Our multicentre population-based study combining qualitative and quantitative methodologies included a descriptive analysis of under-registration and distribution of causes of death, a case-control study to identify risk factors in health-care delivery and verbal autopsies to analyse social determinants associated with maternal deaths.

Findings A total of 121 maternal deaths occurred during 2002. The most common causes were abortion complications (27.4%), haemorrhage (22.1%), infection/sepsis (9.5%), hypertensive disorders (8.4%) and other causes (32.6%). Under-registration was 9.5% for maternal deaths ($n = 95$) and 15.4% for late maternal deaths ($n = 26$). The probability of dying was 10 times greater in the absence of essential obstetric care, active emergency care and qualified staff, and doubled with every 10-year increase in age. Other contributing factors included delays in recognizing "alarm signals"; reluctance in seeking care owing to desire to hide an induced abortion; delays in receiving timely treatment due to misdiagnosis or lack of supplies; and delays in referral/transportation in rural areas.

Conclusion A combination of methodologies is required to improve research on and understanding of maternal mortality via the systematic collection of health surveillance data. There is an urgent need for a comprehensive intervention to address public health and human rights issues in maternal mortality, and our results contribute to the consensus-building necessary to improve the existing surveillance system and prevention strategies.

Bulletin of the World Health Organization 2007;85:615–622.

المقالة باللغة العربية في نهاية العدد الإلكتروني. Al título del artículo se facilitó una traducción al español. The translation in Spanish is at the end of the article.

Introduction

Maternal mortality is a human rights issue and an unequivocal expression of the economic, social and cultural disadvantages that women experience.^{1,2} Maternal mortality has been identified as a priority on health policy and research agendas for developing countries.^{3,4} Most maternal deaths occur in developing countries and a large proportion of these deaths are avoidable.^{5–8}

In Argentina, the maternal mortality ratio (MMR) is lower than in countries classified as having high maternal mortality, but it is elevated when compared with other national indicators (low birth rate, high coverage of prenatal care and high percentage of institutional deliveries).⁹

The MMR in Argentina has remained steady during the last decade. In 2002, it was 46 per 100 000 live births, with remarkable differences between provinces: the MMR in the city of Buenos Aires was 14 per 100 000 live births, while in the province of Formosa it was 166 per 100 000 live births, almost 12 times higher.¹⁰ The causes were abortion complications (31%), other direct obstetric causes (53%) and indirect obstetric causes (16%).¹¹ However, the accuracy of these statistics is uncertain, since the results of studies carried out in Argentina and a recent report by WHO estimate under-registration at 50%.^{12,13} The care of maternal mortality illustrates the presence of structural failures in the health-care system, quality of care and particularly the ability to manage

obstetric emergencies and access health services. Argentina recently launched a Federal Health Plan that seeks to achieve a 20% reduction in the national MMR by 2007.¹⁴ Almost 25 years after the first Argentine study was carried out, research is needed to readdress the problem of maternal mortality, analyse the dynamics of social and health-services determinants, improve the monitoring process and formulate recommendations to reorient public health policies aimed at reducing maternal deaths.¹⁵

Methods

We performed a multicentre study in six Argentine provinces (Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis and Tucumán). Selection was based on these

Estudio sobre Mortalidad Materna en Argentina

Provincias Participantes:

Chaco, Formosa,

Mendoza, San Juan,

San Luís y Tucumán

^a Center for the Study of State and Society (CEDES), Buenos Aires City, Argentina.

^b Ministry of Health, Health Research Council, Buenos Aires City, Argentina and Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA) Perinatal Network, Argentina. Carlos Pellegr n 313, Buenos Aires City, Argentina. Correspondence to Ariel Karolinski (e-mail: karolinski@itbarcel.com.ar).

^c National Council of Scientific and Technological Research (CONICET) and CEDES, Buenos Aires City, Argentina.

^d AMBA Perinatal Network and CEDES, Buenos Aires City, Argentina.

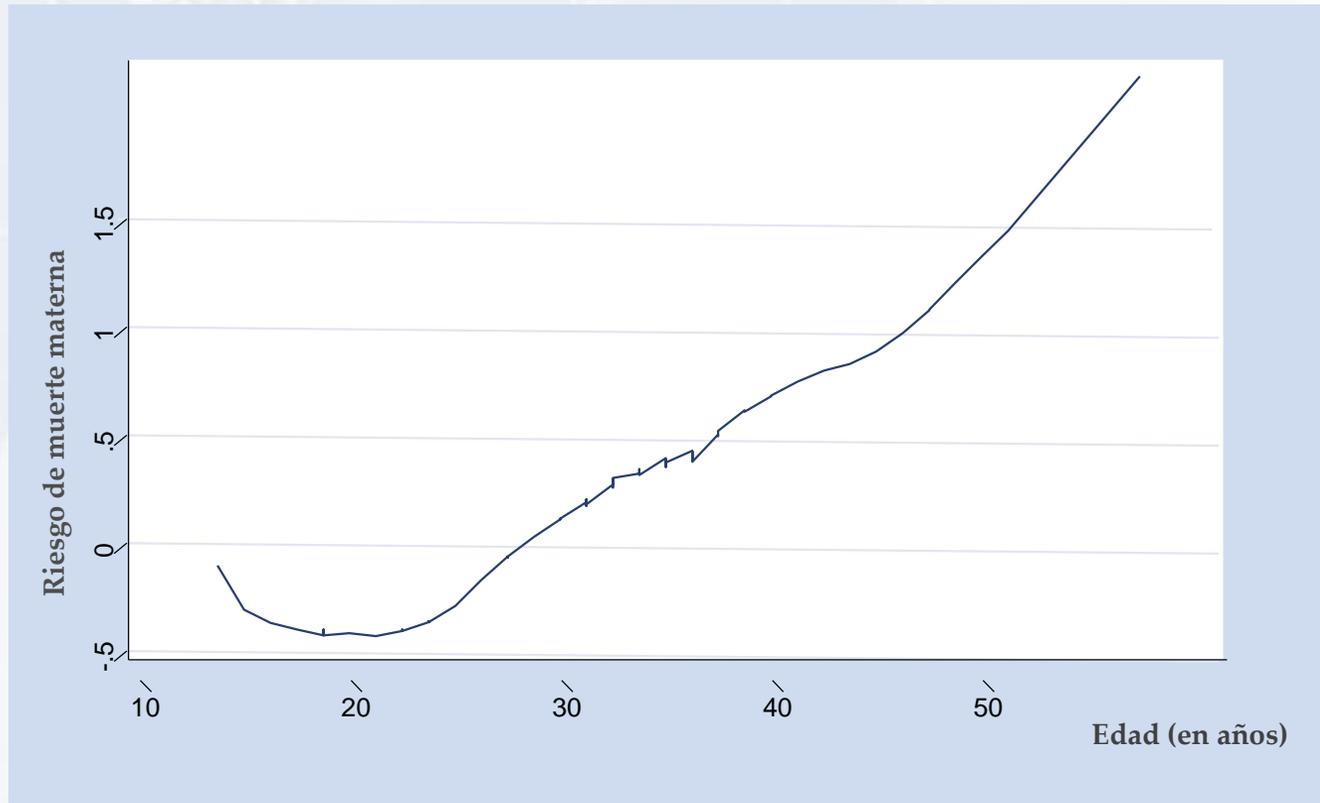
^e CEDES, Buenos Aires City, Argentina.

doi: 10.2471/BLT.06.032934

(Submitted: 1 May 2006 – Final revised version received: 22 October 2006 – Accepted: 21 November 2006)

Factores asociados al proceso de atención

Relación entre Edad y riesgo de muerte materna



El riesgo de MM se duplica por cada 10 años de aumento de la edad

OR = 2.10

IC 95% [1.25-3.52].

2º Informe de Relevamiento Epidemiológico SIP-G Argentina



Serie temporal 2010 a 2014
Datos Preliminares

Ministerio de Salud de la Nación.
Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud.
Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Características de los datos relevados:

- Se analizaron un **total de 1.446451 partos**, distribuidos en el quinquenio 2010-2014.
 - Año 2010: 214.999
 - Año 2011: 268.057
 - Año 2012: 313.579
 - Año 2013: 312.956
 - Año 2014: 336.860
- Fuente de datos y Modelo de Indicadores Seleccionados: SIP-G
- Sector: Hospitales Públicos.
- **Bases de datos de Hospitales públicos analizados: 1.332 en los 5 años.**
- Sector: Obras Sociales Provinciales años 2012 y 2013.
 - **Total Partos relevados: 42.377**
(15.431 en 2012; 26946 en 2013)

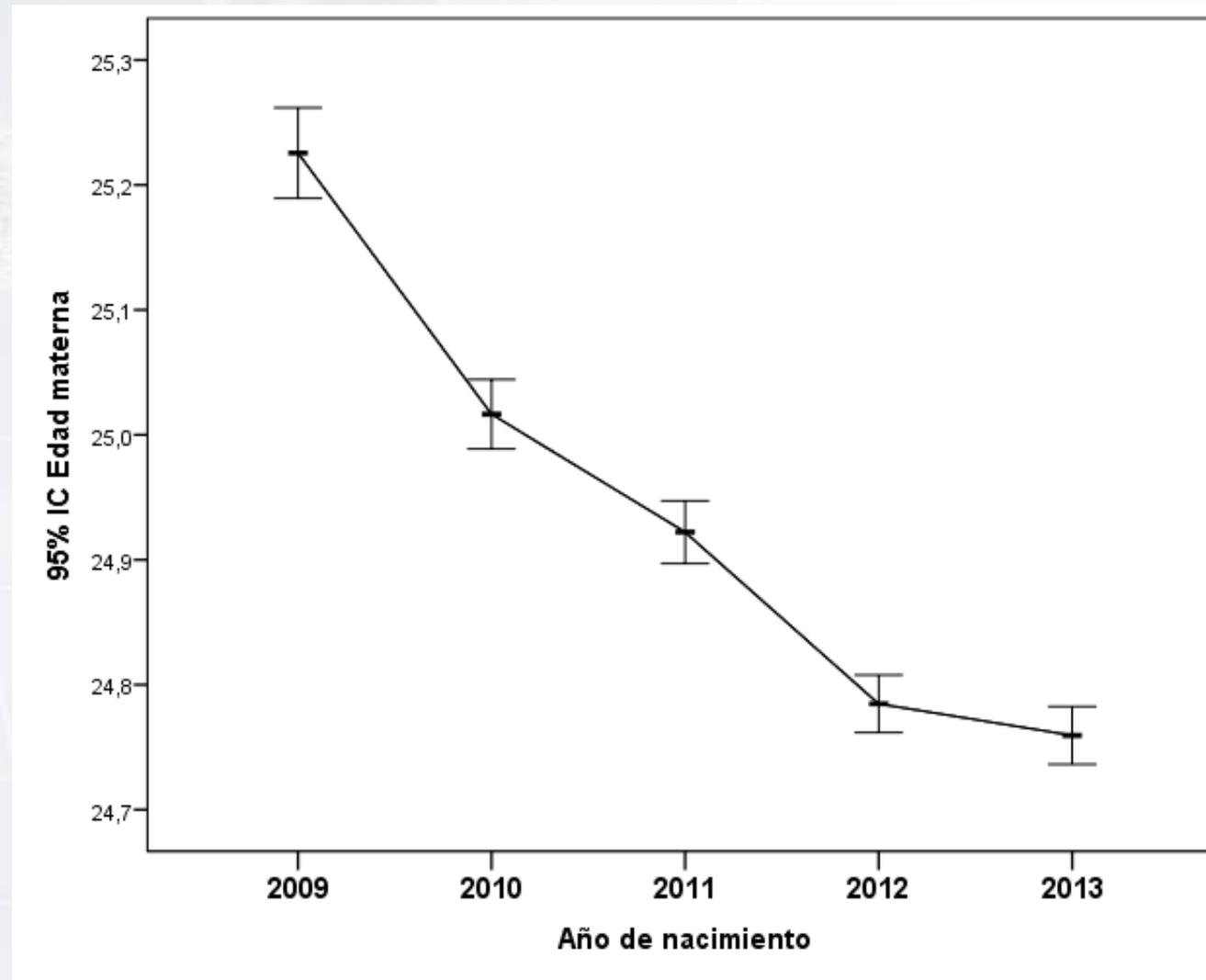


Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Edad Materna en años: 2009-2013



% de datos Perdido: 0,85%

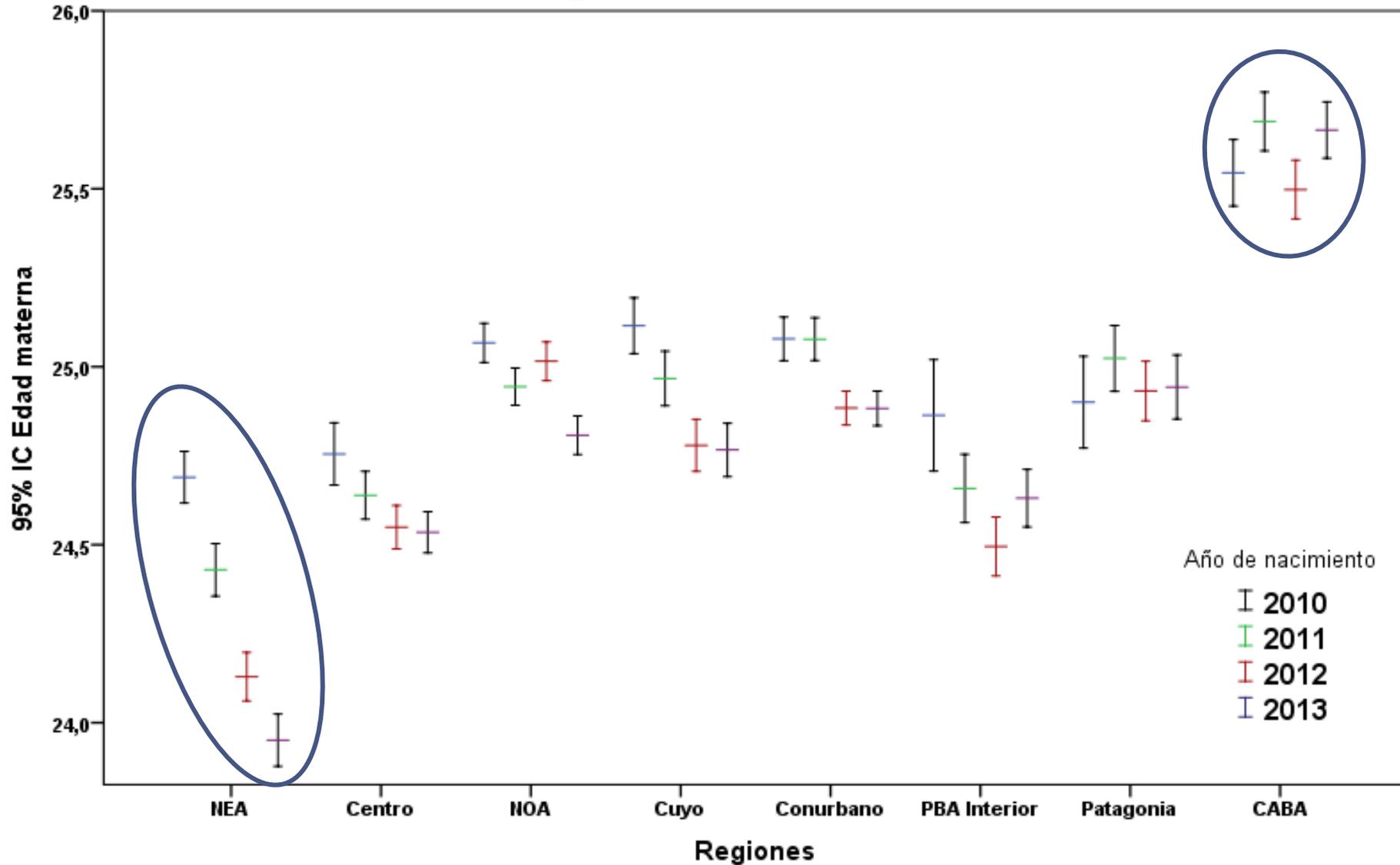


Organización
Panamericana
de la Salud

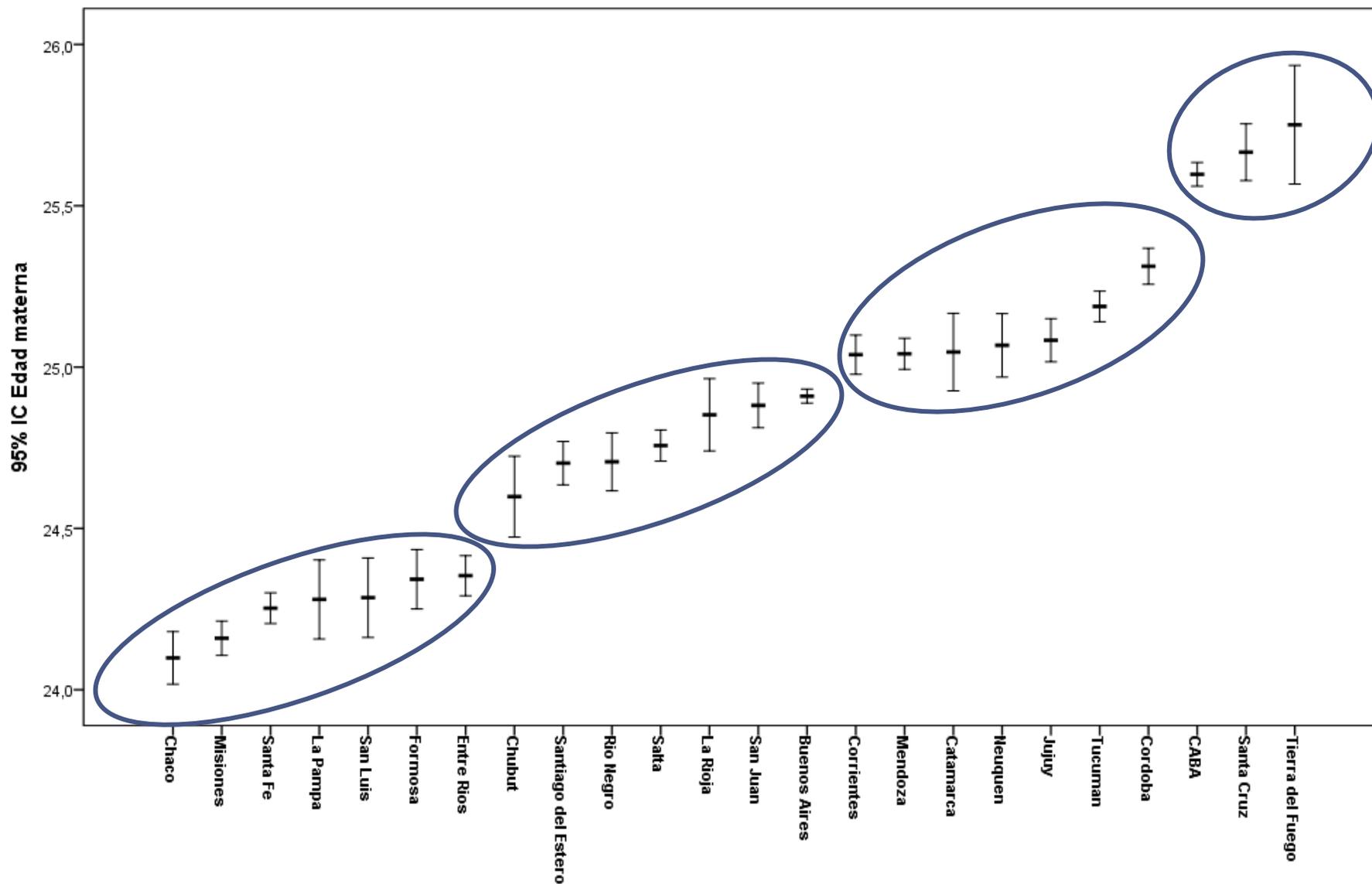


Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Edad Materna (en años) por Región y por año

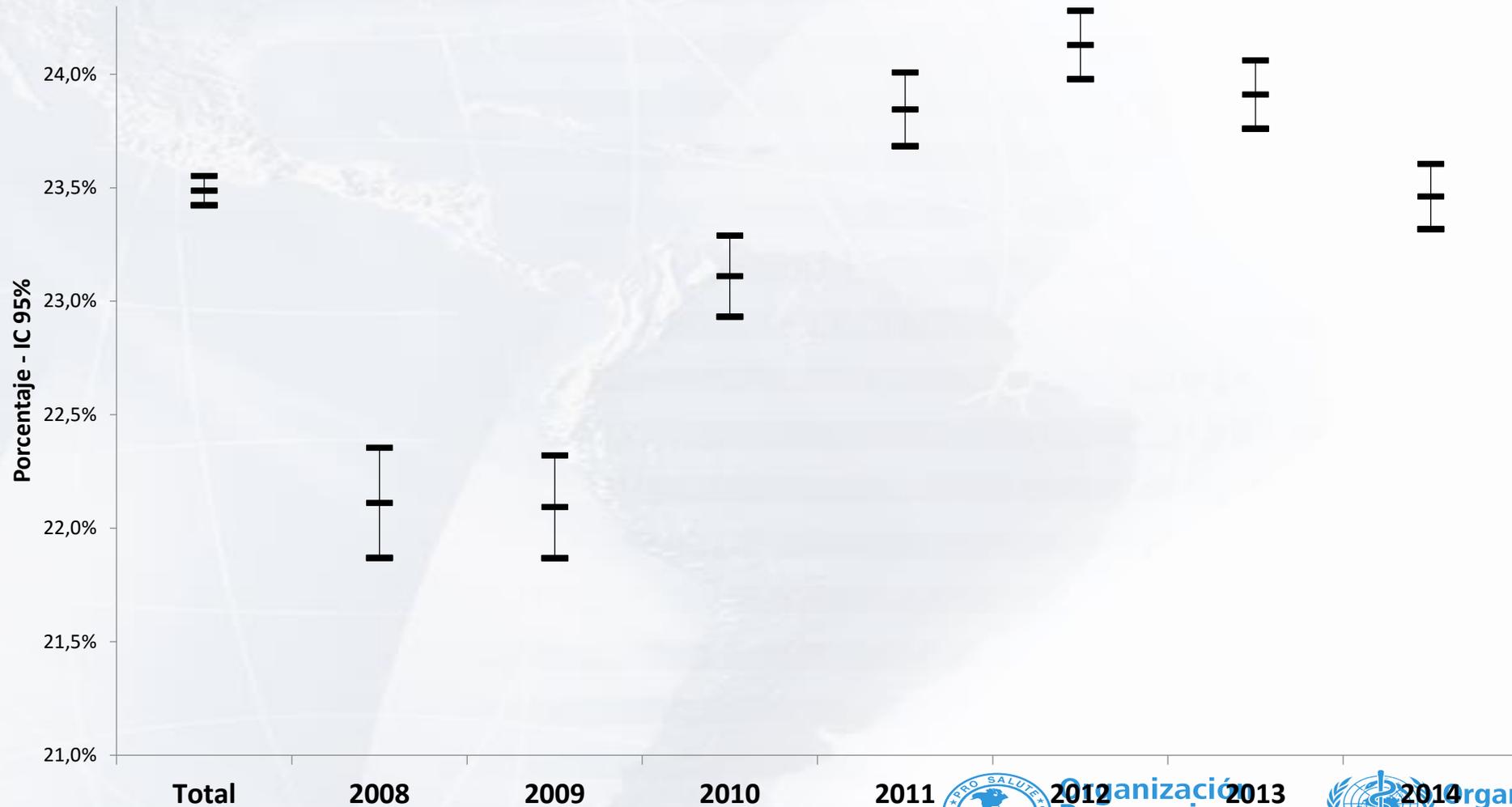


Edad Materna (en años) por jurisdicción: Acumulado 2009-2013



Dimensión: Contexto

Madre Adolescente



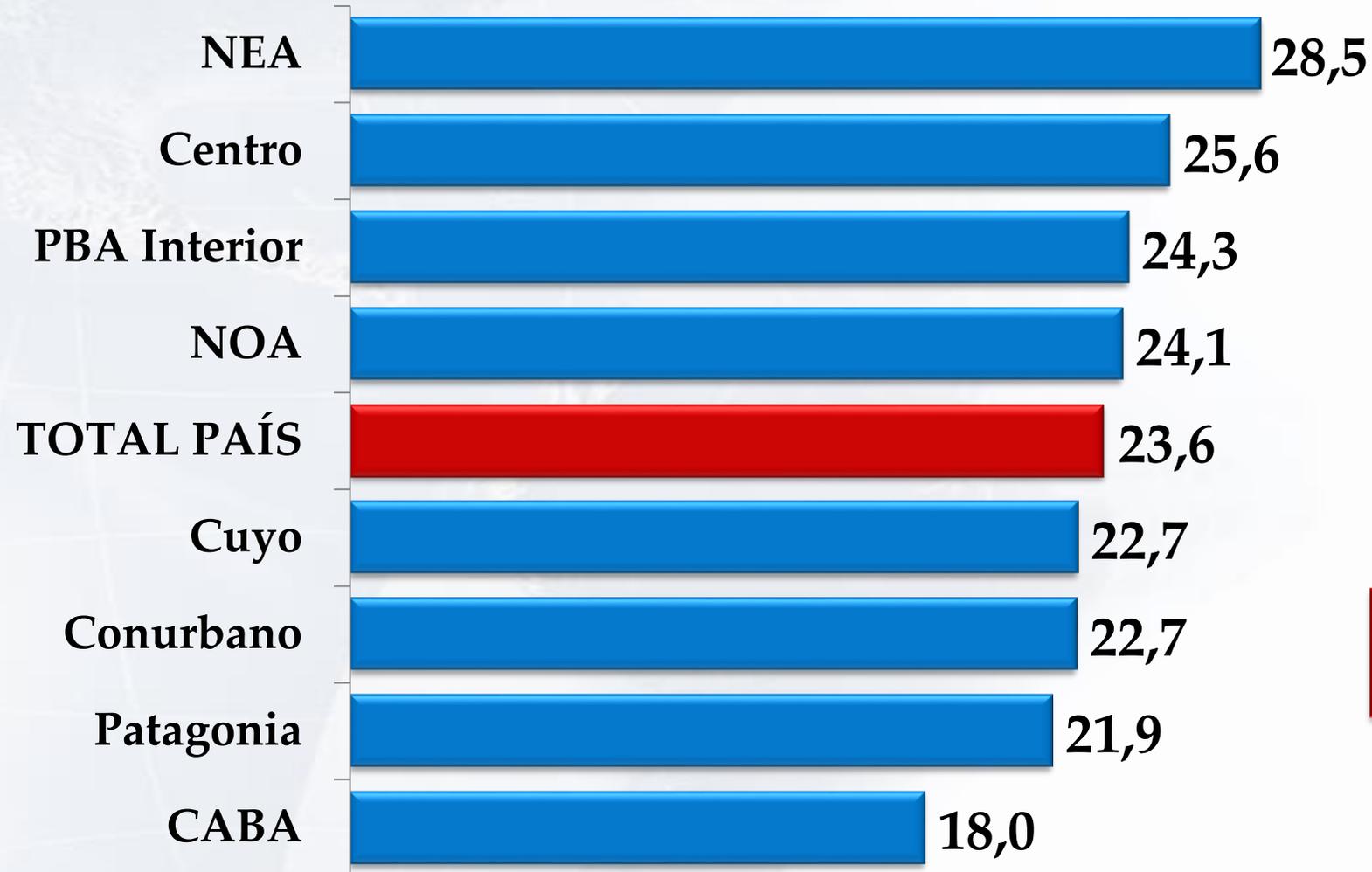
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Madre Adolescente



Brecha 1,6
Rango: 10,6%

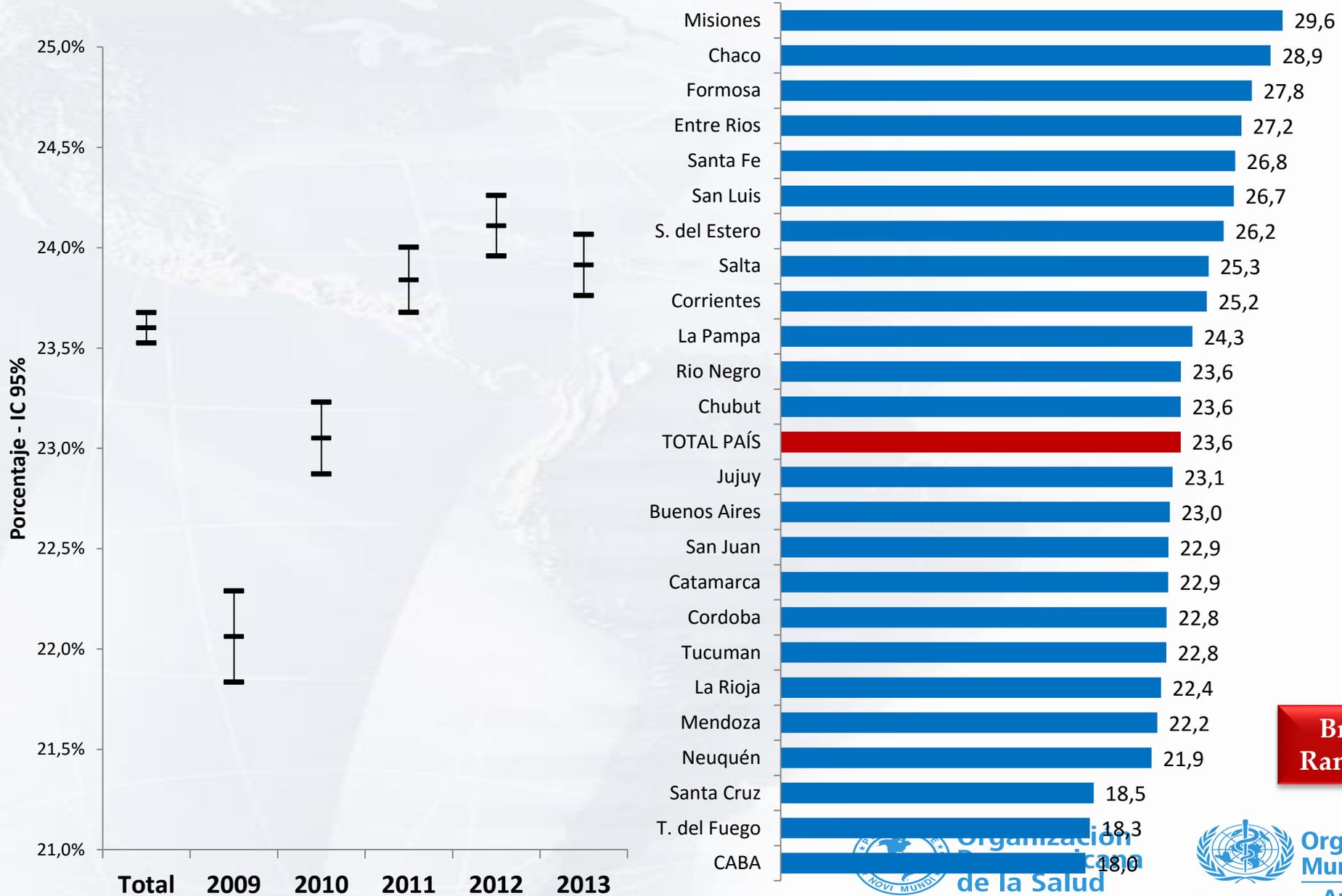


Organización
Panamericana
de la Salud



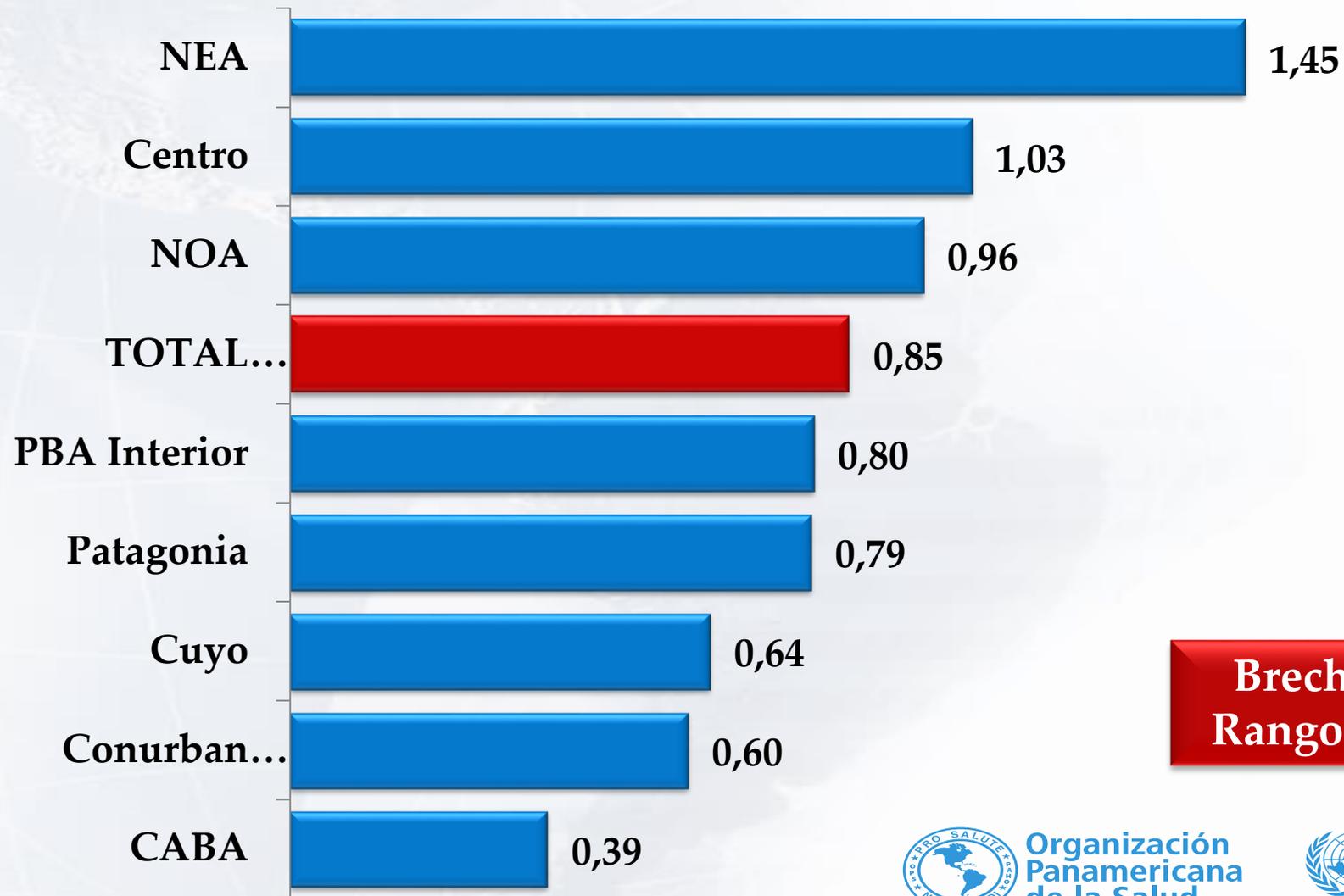
Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Madre Adolescente



Brecha 1,6
Rango: 11,6%

Madre menor de 15 años



Brecha 3,7
Rango: 1,1%

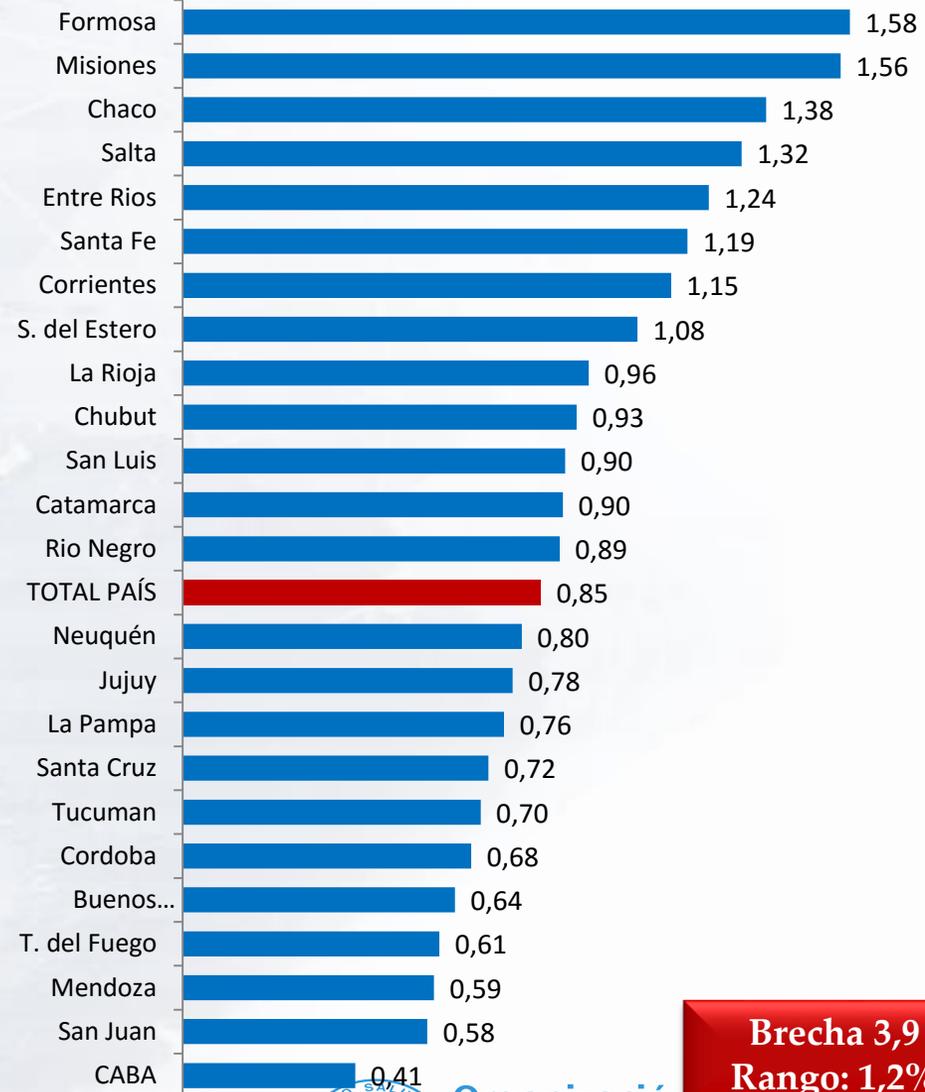
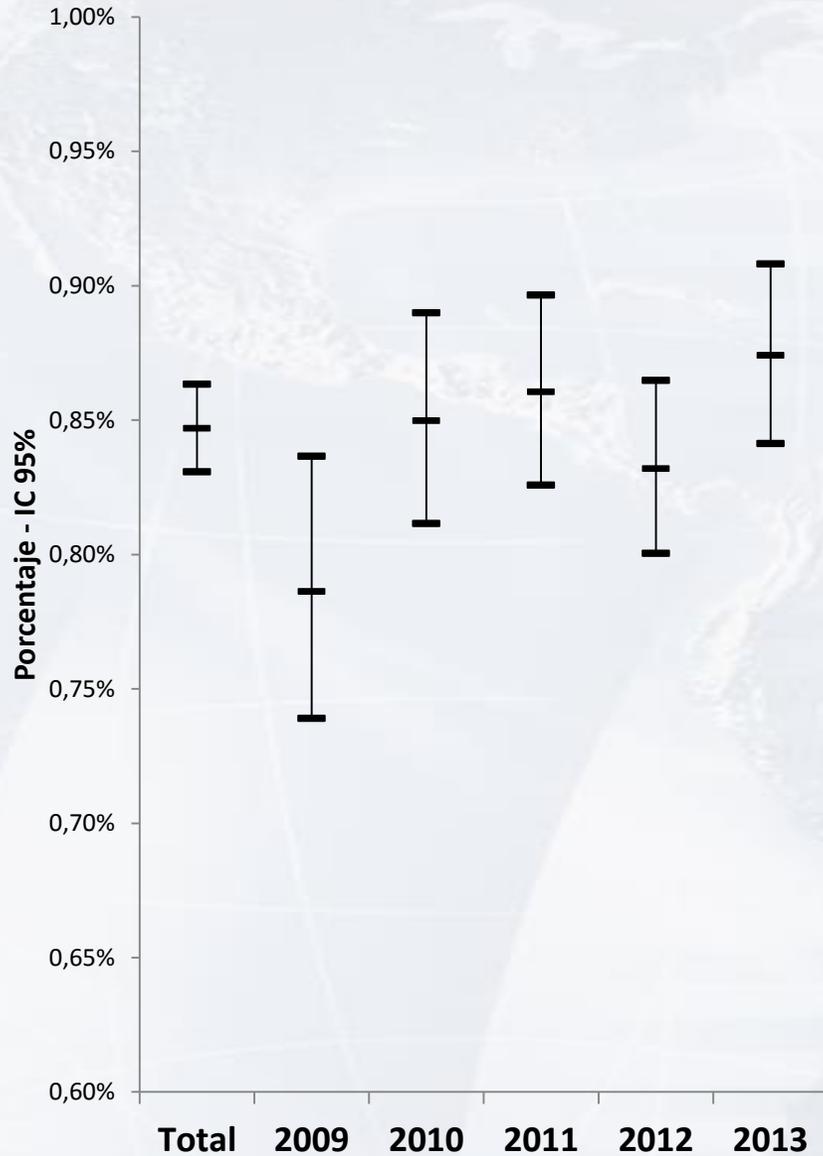


Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Madre Menor a 15 años



Brecha 3,9
Rango: 1,2%



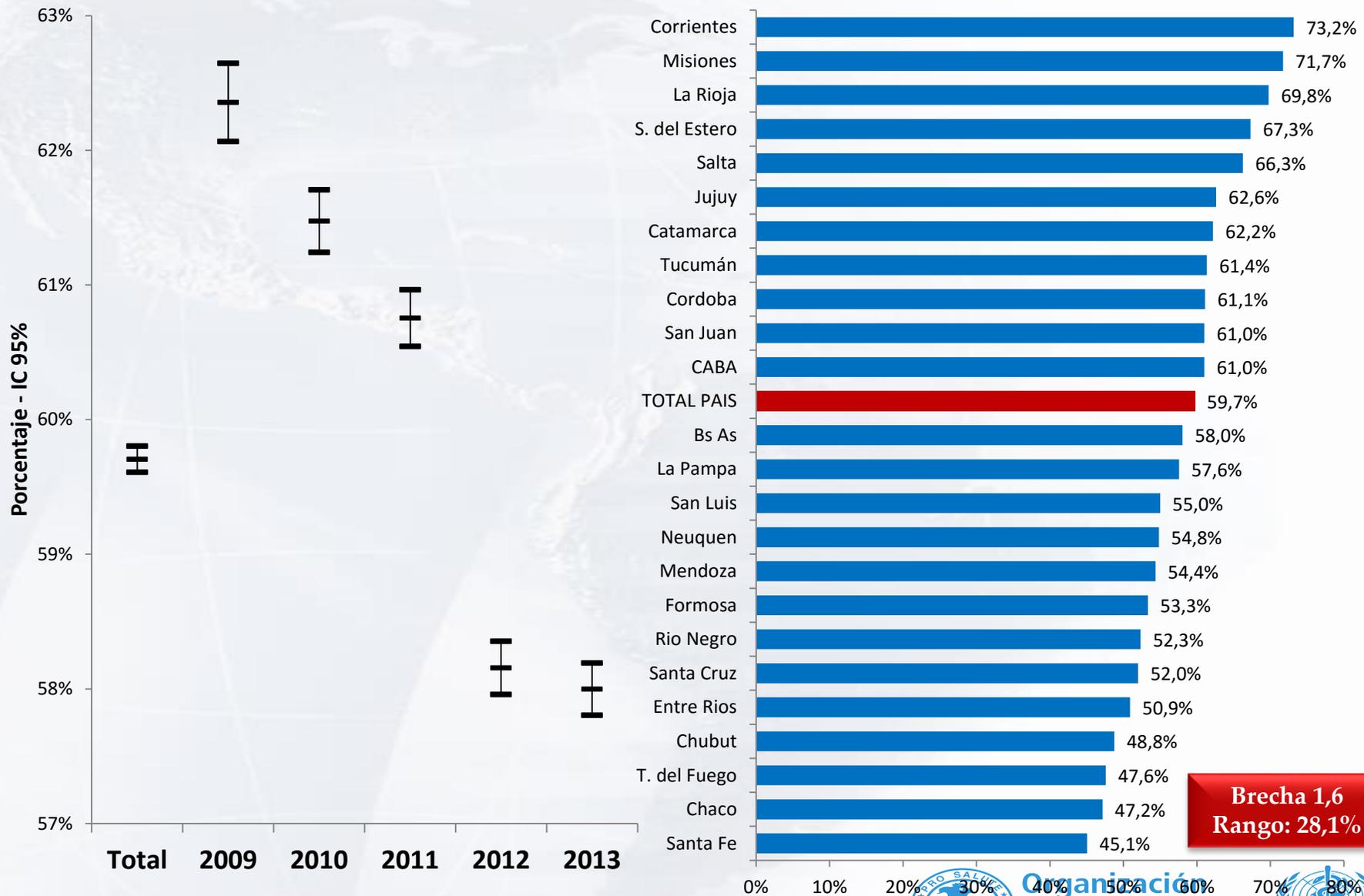
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Embarazo no planificado



Indicador	%	IC 95%	Datos perdidos (%)	Diferencia Región-País	Brecha Región-País
Contexto					
Madre adolescente	26,1	25,6 - 26,6	0,2	2,4	1,10
Madre < 15 años	1,1	1,0 - 1,3		0,31	1,39
Madre > 35 años	7,6	7,3 - 7,9		-0,5	0,94
Hábitos					
Tabaquismo	16,8	16,4 - 17,3	13,7	6,7	1,66
Accesibilidad					
Sin control prenatal	4,0	3,8 - 4,2	8,5	-2,9	0,58
Control prenatal insuficiente	28,9	28,3 - 29,4		-4,6	0,86
Uso de servicio					
Tasa de cesárea	31,5	31 - 32	1,7	2,4	1,08
Calidad de cuidado					
Corticoides prenatales	61,0	57,5 - 64,3	16,5	15,6	1,34
Suplementación con Fe y Folatos	72,1	71,0 - 73,2	11,5	-0,8	0,99

Indicador	%	IC 95%	Datos perdidos (%)	Diferencia Región-País	Brecha Región-País
Contexto					
Madre adolescente	26,1	25,6 - 26,6	0,2	2,4	1,10
Madre < 15 años	1,1	1,0 - 1,3		0,31	1,39
Madre > 35 años	7,6	7,3 - 7,9		-0,5	0,94

Tasa de prematuridad	12,2	11,8 - 12,6	0,0	1,0	1,13
Tasa de BPN	9,3	9,0 - 9,7	0,0	1,1	1,13
Tasa muy BPN < 1500 gr	1,8	1,7 - 2,0		0,1	1,06
Tasa extremo BPN < 1000 gr	0,7	0,6 - 0,8		0,0	1,00
RN trasladados	1,8	1,6 - 2,0	7,9	1,1	2,57
Malformación Neonatal	1,0	0,8 - 1,4	19,4	0,2	1,25
Salud Sexual y Reproductiva					
Embarazo No Planificado	53,7	53 - 54,5	14,9	-7,8	0,87
Tasa No uso de MAC	64,4	62,8 - 65,9	10,3	-15,7	0,80
Tasa de PAP realizado	25,7	24,7 - 26,8	15,6	-8,4	0,75
Tasa de consejería realizada	99,0	98,8 - 99,2	12,4	0,2	1,00
Tasa entrega de MAC	99,4	99,2 - 99,5	11,0	7,9	1,09
Trazadoras del Plan Nacer					
Apgar a los 5 minutos > de 6	98,6	98,5 - 98,7	1,7	0,1	1,00
Peso al Nacer > 2500g	90,7	90,3 - 91,0	0,0	-1,1	0,99
Vacuna ATT previa al parto	86,8	86,4 - 87,3	13,0	0,0	1,00



Organización
Panamericana
de la Salud

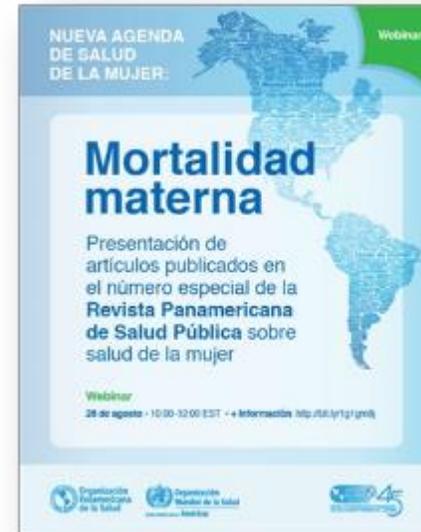


Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave

*Ariel Karolinski,¹ Raúl Mercer,¹ Paula Micone,¹ Celina Ocampo,¹
Pablo Salgado,¹ Dalia Szulik,¹ Lucila Swarcz,² Vicente R. Corte,³
Belén Fernández del Moral,⁴ Jorge Pianesi⁵ y Pier Paolo Balladelli⁶*



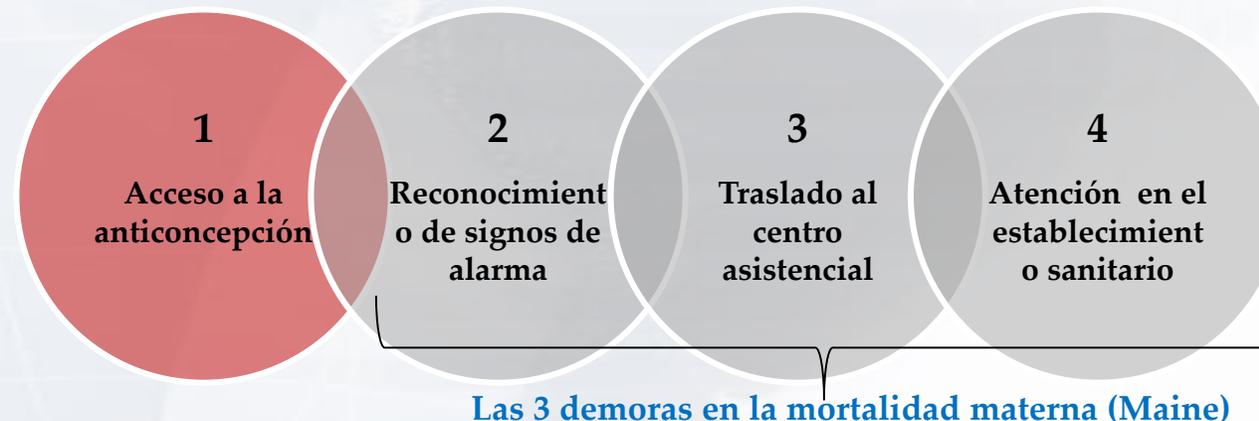
Forma de citar

Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):351-9.

Modelo para el abordaje integral de mortalidad materna y la morbilidad materna grave

- Importancia de contar con información poblacional.
- Conocer el contexto: determinantes distales y proximales.
- Amplitud metodológica.
- **Reconceptualizar el modelo de las 3 demoras (Maine)**

Las **cuatro demoras** consideradas en el modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave



¿Que nos dicen las evidencias para la prevención del embarazo adolescente?

- Tenemos poca evaluación rigurosa de intervenciones
- Las que funcionan no han ido a escala
- Contamos con un marco conceptual con elementos que debemos abordar



¿Y cuales son las Recomendaciones de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo?

OMS. Prevenir el Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en adolescentes en los países en desarrollo



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Recomendaciones de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo

En base a:

- Revisión exhaustiva de la evidencia
- La experiencia práctica de los responsables políticos, administradores de programas y trabajadores de primera línea procedentes de países de todo el mundo

Desarrollado de una manera sistemática y transparente

En asociación con:

- Guttmacher Institute
- International Center for Research on Women
 - FHI 360
 - Population Council
- Centro Rosarino de Estudios Perinatales (Argentina)

Con el apoyo financiero de:

- El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
- La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)



UN

Niveles de los Determinantes del Embarazo Precoz



El embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes están determinados por una red de factores a un micro y macro nivel:

- Los individuos toman decisiones de participar en comportamientos específicos
- Las normas familiares y comunitarias, las tradiciones y las circunstancias económicas influyen en estas elecciones
- Los marcos normativos y reglamentarios facilitan u obstaculizan las opciones

Es necesario adoptar medidas en cada uno de estos niveles por los distintos sectores

Los adolescentes también tienen un papel clave que desempeñar.

RESULTADO 1

Limitar el matrimonio antes de los 18 años



UNFPA

ACCIONES AL NIVEL DE POLÍTICAS

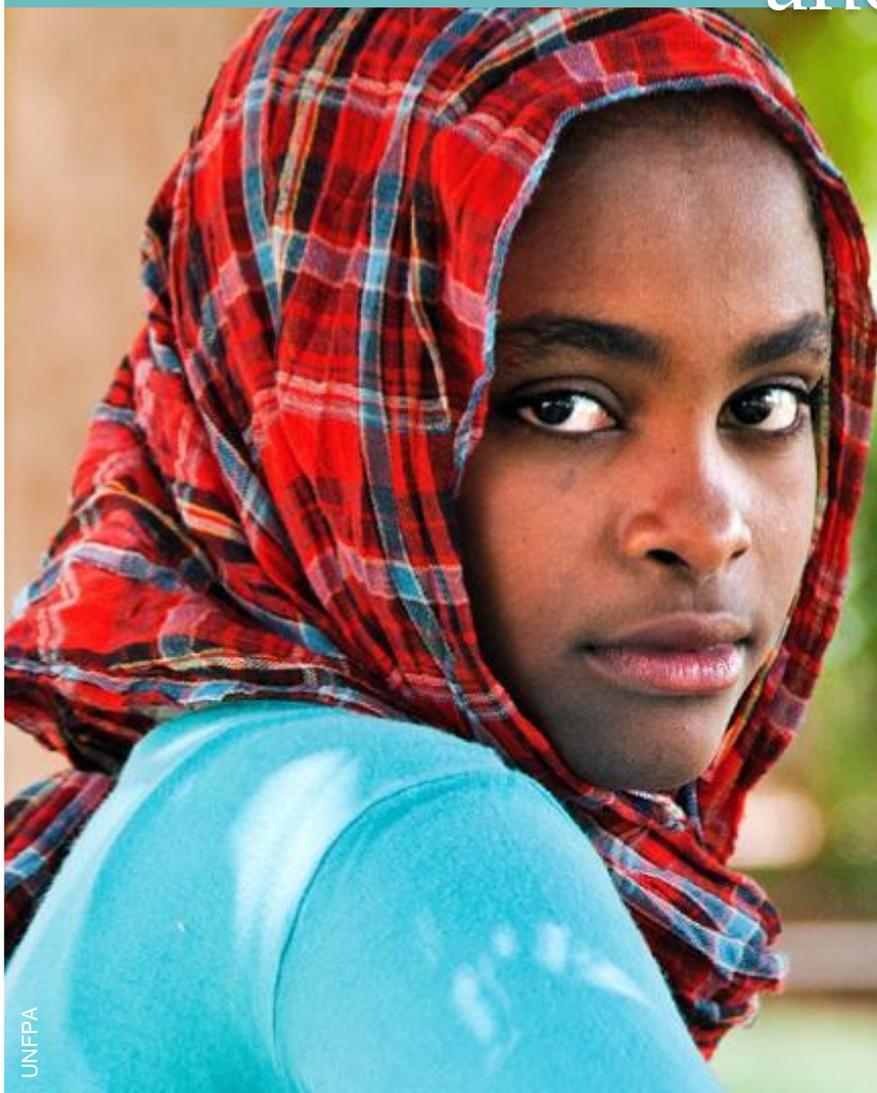
- Prohibir el matrimonio temprano

ACCIONES AL NIVEL DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

- Informar y empoderar a niñas
- Mantener a las niñas en la escuela
- Influir sobre las normas culturales que respaldan el matrimonio temprano

RESULTADO 1

Limitar el matrimonio antes de los 18 años



UNFPA

EVIDENCIA

- 21 estudios sin el método GRADE e informes de proyectos y recomendaciones de un panel de expertos
- Evidencia de Afganistán, Bangladesh, Egipto, Etiopía, India, Kenia, Nepal, Senegal & Yemen
- Intervenciones incluyeron comunicación dirigida a los y las adolescentes, miembros de comunidades y otros decisores políticos

RESULTADO 2

Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años



ACCIONES AL NIVEL DE POLÍTICAS

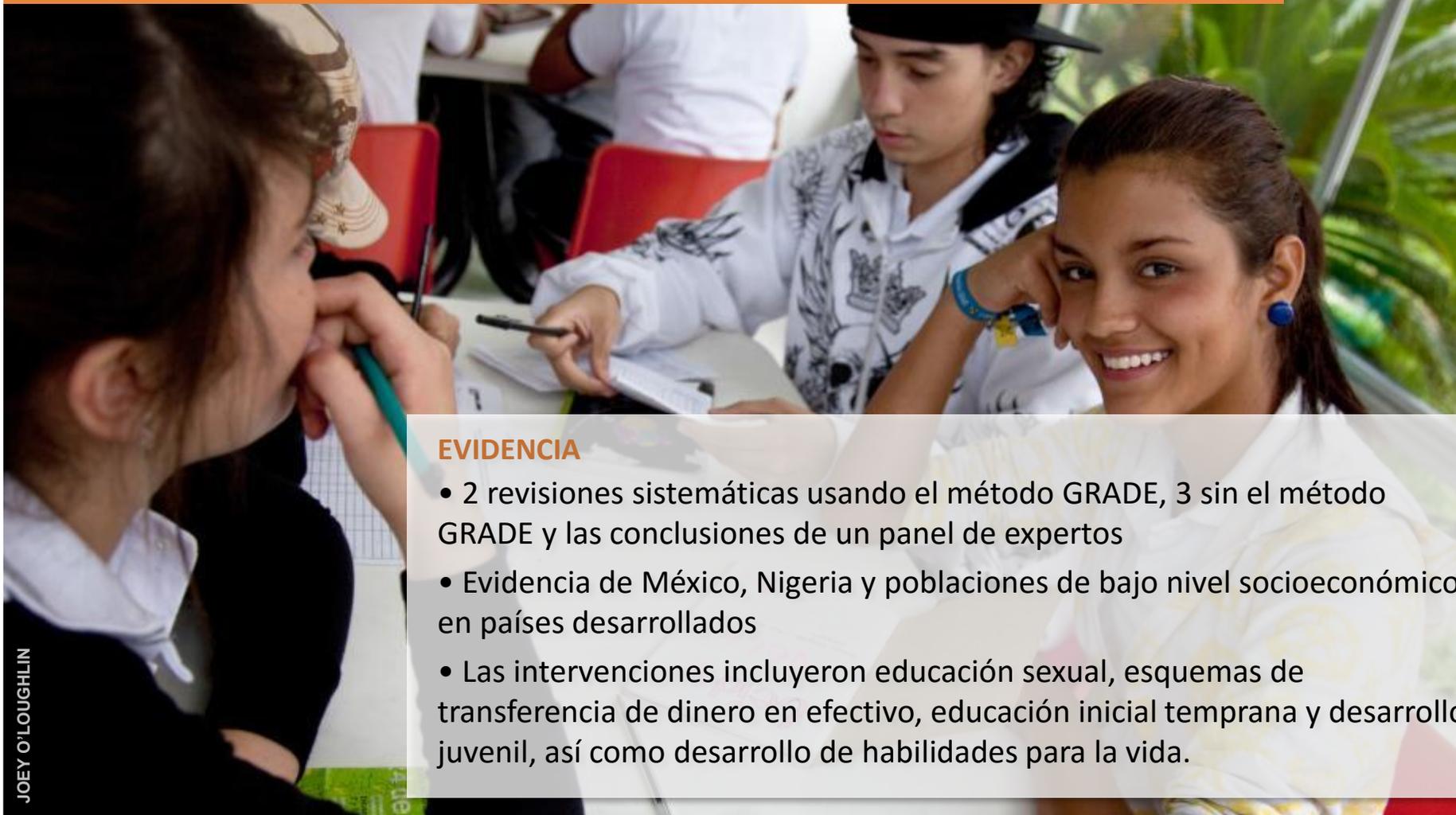
- Apoyar los programas de prevención del embarazo en adolescentes

ACCIONES AL NIVEL DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

- Educar a los niños y niñas sobre sexualidad
- Conseguir el apoyo de la comunidad para evitar el embarazo precoz

RESULTADO 2

Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años

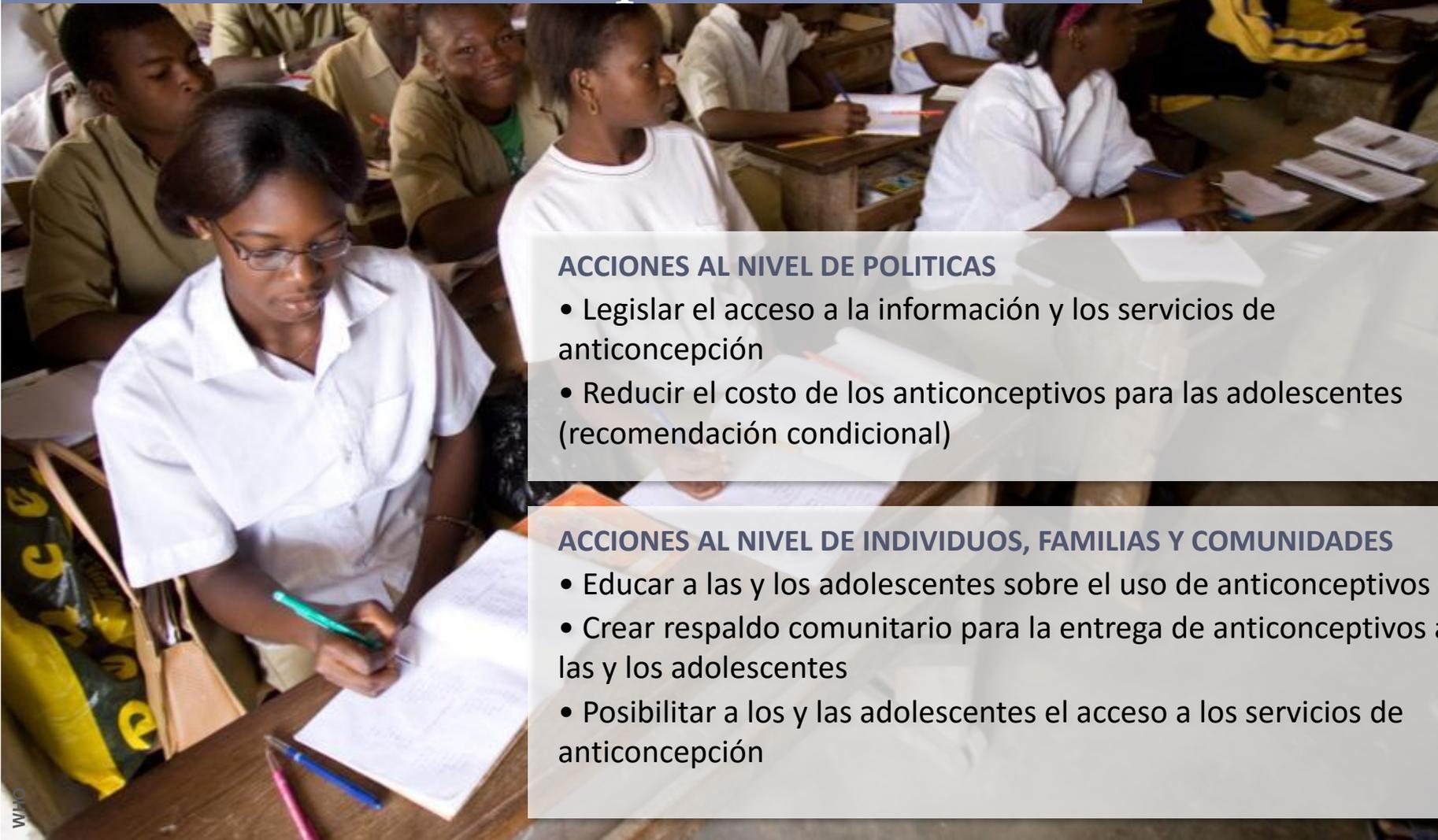


EVIDENCIA

- 2 revisiones sistemáticas usando el método GRADE, 3 sin el método GRADE y las conclusiones de un panel de expertos
- Evidencia de México, Nigeria y poblaciones de bajo nivel socioeconómico en países desarrollados
- Las intervenciones incluyeron educación sexual, esquemas de transferencia de dinero en efectivo, educación inicial temprana y desarrollo juvenil, así como desarrollo de habilidades para la vida.

RESULTADO 3

Aumentar el uso de anticoncepción



ACCIONES AL NIVEL DE POLITICAS

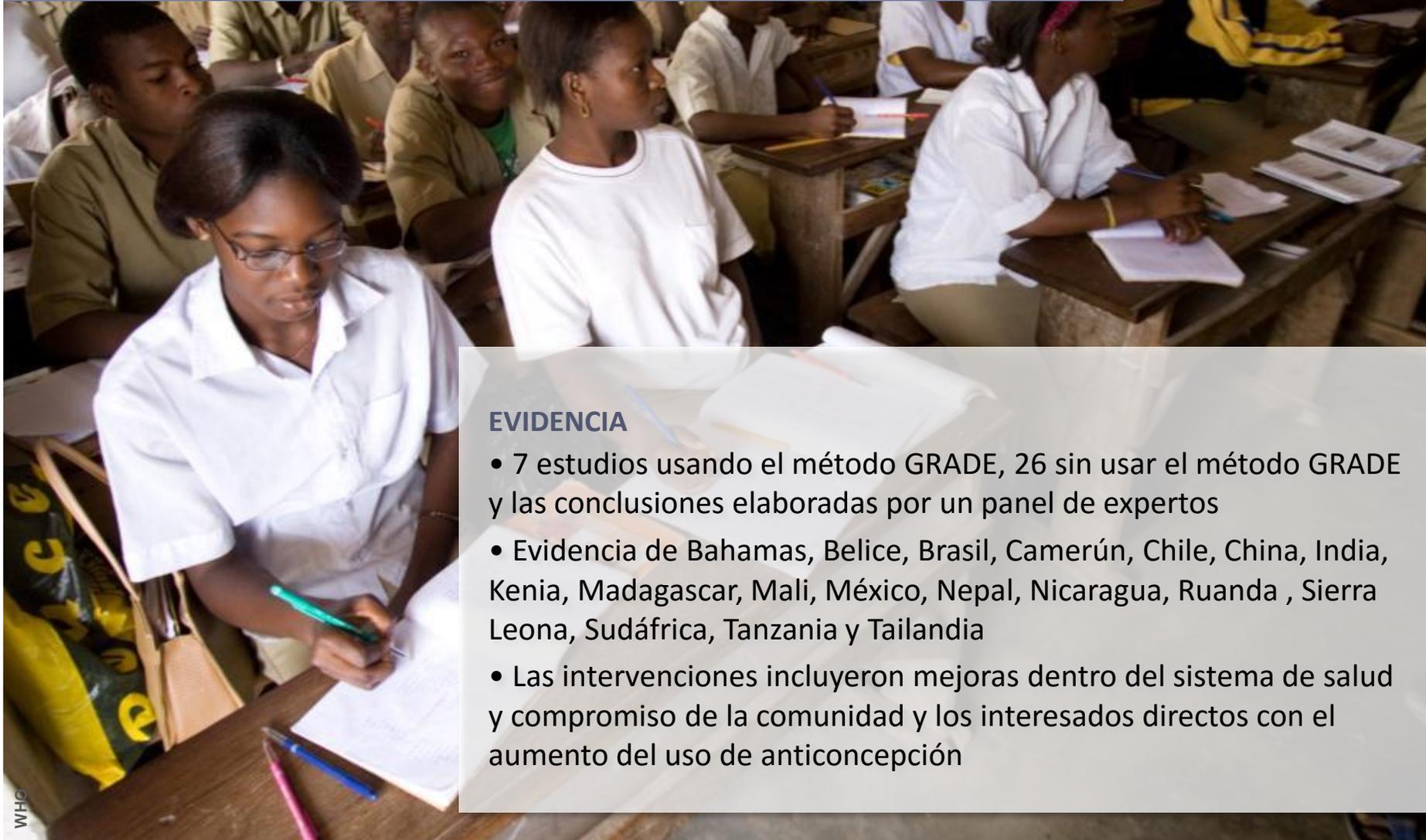
- Legislar el acceso a la información y los servicios de anticoncepción
- Reducir el costo de los anticonceptivos para las adolescentes (recomendación condicional)

ACCIONES AL NIVEL DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

- Educar a las y los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos
- Crear respaldo comunitario para la entrega de anticonceptivos a las y los adolescentes
- Posibilitar a los y las adolescentes el acceso a los servicios de anticoncepción

RESULTADO 3

Aumentar el uso de anticoncepción



EVIDENCIA

- 7 estudios usando el método GRADE, 26 sin usar el método GRADE y las conclusiones elaboradas por un panel de expertos
- Evidencia de Bahamas, Belice, Brasil, Camerún, Chile, China, India, Kenia, Madagascar, Mali, México, Nepal, Nicaragua, Ruanda , Sierra Leona, Sudáfrica, Tanzania y Tailandia
- Las intervenciones incluyeron mejoras dentro del sistema de salud y compromiso de la comunidad y los interesados directos con el aumento del uso de anticoncepción

RESULTADO 4

Reducir las relaciones sexuales bajo coacción

ACCIONES AL NIVEL DE POLÍTICAS

- Prohibir las relaciones sexuales bajo coacción

ACCIONES AL NIVEL DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

- Empoderar a las niñas para que se resistan a las relaciones sexuales bajo coacción
- Influir sobre las normas sociales que condonan las relaciones sexuales bajo coacción
- Invitar a los varones a cuestionar las normas de género

RESULTADO 4

Reducir las relaciones sexuales bajo coacción



EVIDENCIA

- 2 estudios usando el método GRADE, 6 estudios sin el método GRADE o revisiones de la legislación, y las recomendaciones de un panel de expertos
- Evidencia de Botsuana, India, Kenia, Sudáfrica, Tanzania y Zimbabue
- Las intervenciones incluyeron comunicación dirigida a niñas, niños y hombres, y miembros de la comunidad para influir en el conocimiento, comprensión y actitudes hacia el sexo con coacción

RESULTADO 5

Reducir los abortos inseguros



ACCIONES AL NIVEL DE POLÍTICAS

- Habilitar el acceso a servicios seguros de aborto y pos-aborto a las adolescentes

ACCIONES AL NIVEL DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

- Informar a las adolescentes acerca de los peligros de abortos inseguros
- Informar a las adolescentes sobre lugares donde pueden acceder a servicios de aborto seguro, donde sea legal
- Aumentar la comprensión de la comunidad sobre los peligros del aborto inseguro

ACCIONES AL NIVEL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- Identificar y eliminar las barreras a los servicios de aborto seguro

RESULTADO 5

Reducir los abortos inseguros



EVIDENCIA

- No existen estudios disponibles
- Un panel de expertos se basó en su experiencia y buen criterio para informar las recomendaciones

RESULTADO 6

Aumentar el uso de atención calificada en la atención prenatal, del parto y postparto

ACCIONES AL NIVEL DE POLITICAS

- Ampliar el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto
- Ampliar el acceso a la atención de emergencia obstétrica básica e integral

ACCIONES AL NIVEL DE INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

- Informar a las adolescentes y los miembros de la comunidad sobre la importancia de obtener atención calificada antes, durante y después del parto

ACCIONES AL NIVEL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- Asegurar que las adolescentes, familias, y comunidades estén bien preparadas para el parto y posibles emergencias
- Ser sensible y responder a las necesidades de las madres y futuras madres jóvenes



WHO

RESULTADO 6

Aumentar el uso de atención calificada en la atención prenatal, del parto y postparto

EVIDENCIA

- 1 estudio usando el método GRADE, otro sin el método GRADE, las directrices existentes de la OMS y las recomendaciones de un panel de expertos
- Estudios de Chile e India
- Las intervenciones incluyeron visitas domiciliarias a madres adolescentes y un plan de transferencia de dinero en efectivo condicional para atenderse el parto en una dependencia de salud

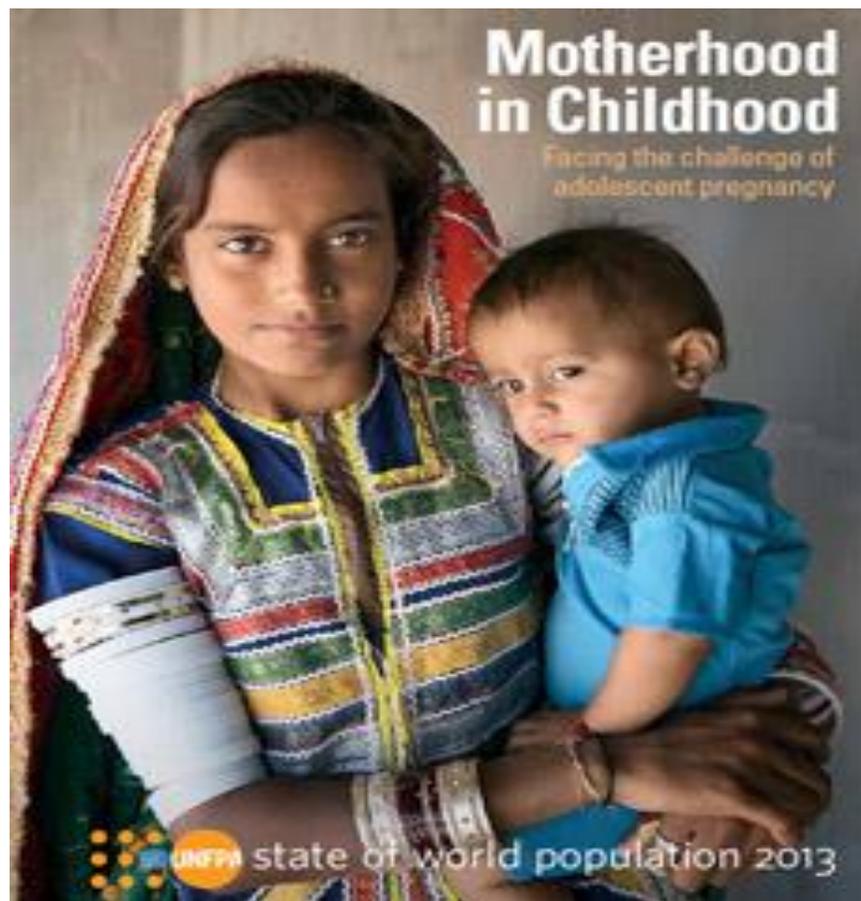
“Mujeres y niñas educadas y empoderadas pueden tomar decisiones informadas acerca de su propia salud.”

— DR. MARGARET CHAN, DIRECTORA-GENERAL, OMS

“Cuando las niñas son educadas, saludables y pueden evitar el embarazo precoz, el embarazos no deseado y el VIH, pueden contribuir plenamente a las batallas contra la pobreza en sus sociedades.”

— DR. BABATUNDE OSOTIMEHIN, DIRECTOR EJECUTIVO, UNFPA

La Maternidad Temprana



Enfrentando el desafío del embarazo adolescente

“ Cuando una niña queda embarazada, su presente y su futuro cambia radicalmente, y es poco probable que sea por algo mejor. Su educación puede terminar, sus perspectivas laborales evaporarse, y su vulnerabilidad a la pobreza, exclusión y dependencia multiplicarse”



Muchas Gracias