



HISTORIAS PARA NO OLVIDAR

**LA VIOLENCIA COMO FACTOR ASOCIADO
A LA MUERTE MATERNA DE ADOLESCENTES.
UN ESTUDIO CUALITATIVO.**

PERÚ 2012-2014.

Susana Chávez Alvarado
Elisa Juárez Chávez

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Susana Chávez es Maestra en Salud Pública por la Universidad Cayetano Heredia. Obstetriz, graduada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y especialista en Salud Sexual y Reproductiva y Políticas Públicas, certificada por The Institute for Health Policy and Social Science de la Universidad de California de San Francisco.

Su experticia está centrada en el desarrollo de políticas públicas en salud sexual y reproductiva en base a los Derechos Humanos y con perspectiva de género. Con amplia experiencia en la conducción de programas y proyectos vinculados a salud sexual y reproductiva, género y violencia basada en género.

Ha conducido múltiples estudios e investigaciones en el campo de la salud sexual y reproductiva y violencia basada en género, desarrollando diversas publicaciones y artículos.

Es integrante y fundadora de Promsex, Presidenta del Comité Directivo y actualmente Directora General de dicha institución y Secretaria Ejecutiva del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - Clacai.

HISTORIAS PARA NO OLVIDAR

**LA VIOLENCIA COMO FACTOR ASOCIADO
A LA MUERTE MATERNA DE ADOLESCENTES.**

UN ESTUDIO CUALITATIVO.

PERÚ 2012-2014.

Susana Chávez Alvarado

Elisa Juárez Chávez

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

HISTORIAS PARA NO OLVIDAR

La violencia como factor asociado a la muerte materna de adolescentes.
Un estudio cualitativo. Perú 2012-2014.

Autoras:

Susana Chávez Alvarado

Elisa Juárez Chávez

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX

Avenida José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.

Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460

www.promsex.org

Equipo de Investigación:

Alonso Juárez

Pablo Juárez

Julia Martínez

Silvia Sandoval

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

Fotografía: iStockPhoto

Coordinación: Jorge Apolaya

Corrección de estilo: León Portocarrero

Impresión: Lettera Gráfica S.A.C.

Av. La Arboleda 431 - Ate T: 3402200

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N^o 2015-13082

Primera edición, Setiembre de 2015.

Lima, Perú

1000 ejemplares.

Susana Chavez Alvarado y Elisa Juárez Chávez

Historias para no olvidar. La violencia como factor asociado a la muerte materna de adolescentes.

Un estudio cualitativo. Perú 2012-2014.- 1a. ed. - Lima, Perú: Promsex, 2015

ISBN: 978-612-4106-24-8

ÍNDICE

5	PRESENTACIÓN
9	PRÓLOGO
15	INTRODUCCIÓN
17	I. CONTEXTO. CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GENERAL
	1.1 La mortalidad materna, un problema vigente
	1.2 Distribución territorial de la mortalidad materna
	1.3 Las muertes maternas que no se pudieron evitar: el peligro de revertir lo avanzado.
27	II. LA MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES
	2.1 Causas asociadas a la mortalidad materna en adolescentes
33	III. FACTORES ESTRUCTURALES DE VIOLENCIA QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE LAS ADOLESCENTES Y QUE SE VINCULAN CON EL EMBARAZO NO DESEADO Y LA MUERTE MATERNA.
	3.1 La violencia familiar en la infancia: el castigo a las niñas y niños
	3.2 La violencia institucional: violencia en la escuela
43	IV. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA
	4.1 La adolescencia
	4.2 El fenómeno del embarazo en adolescentes
	4.3 La limitada capacidad de agencia de las adolescentes y el <i>estigma del embarazo</i>
	4.4 La edad de la mujer gestante como factor de morbilidad
	4.5 El embarazo en la adolescencia y su vínculo con la violencia sexual
	4.6 Análisis de determinantes de la muerte materna: las demoras “fatales”.



55	V. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA <ul style="list-style-type: none">5.1 Objetivos específicos:5.2 Metodología
61	VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS REGISTROS ANALIZADOS <ul style="list-style-type: none">6.1 Los casos analizados6.2 Resultados
75	VII. HISTORIAS DE VIDA DESDE LA MIRADA DE LOS OTROS: RECONSTRUYENDO LOS PEDAZOS <ul style="list-style-type: none">7.1 Sus sueños y proyectos de vida7.2 Las redes sociales: los soportes fallidos.7.3 Prácticas de socialización. Cotidianeidad de la violencia doméstica7.4 Sus vínculos con la escuela.7.5 El inicio sexual de las adolescentes: agujero oscuro: sin información.7.6 El descubrimiento del embarazo7.7 Las precarias decisiones de las adolescentes7.8 El desarrollo del embarazo: cambios abruptos en la vida de las adolescentes7.9 Evolución de la gestación7.10 La antesala de la muerte: las demoras para identificar el problema7.11 Después de la muerte
118	CONCLUSIONES
124	RECOMENDACIONES
129	ANEXOS
137	BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

El presente estudio se basa en el análisis de 10 casos de muertes maternas ocurridas entre los años 2012 y 2014 en dos regiones del Perú (Ucayali y Piura) y que forman parte de las aproximadamente 180 muertes maternas de adolescentes producidas en ese mismo periodo a nivel nacional. Con este análisis se propone dar cuenta de la asociación que existe entre la violencia familiar, sexual y estructural-experimentada por este grupo de adolescentes- y la muerte materna, pero que, para la estadística oficial pasará desapercibida, perdiéndonos así de información clave que podría evitar muertes, que nunca debieron ocurrir.

Piura y Ucayali son dos regiones pujantes y con mucha expectativa económica para el país y a razón de sus riquezas naturales y turísticas, son un gran polo de atención sin embargo, dicho progreso aún no llega a la mayoría de sus habitantes, manteniéndose gran parte de ella, fuera del alcance de servicios elementales como la salud, que podrían transformar sus vidas y evitar muertes.

El estudio contiene dos partes, una que aborda básicamente los reportes médicos, cuya conducción ha estado bajo responsabilidad de la médica Elisa Juárez Chávez así como el componente cualitativo de las entrevistas. En el análisis de los registros se ha podido identificar las enormes debilidades que hay en el sistema sanitario y en su registro de la información, inclusive de aquella información que obligadamente debe generar el propio sector, como por ejemplo son las auditorías médicas. No disponer del registro necesario, es una gran debilidad que impide al sector salud ser más proactivo en hacer la prevención.



Con “Historias de vida para no olvidar”, quisiéramos no sólo llamar la atención sobre muertes absurdas aquí narradas, sino sobre vidas de personas a quienes desde muy pequeñas se les negó la oportunidad de tener una niñez como cualquier otra: sin más preocupaciones que estudiar y de aprender nuevas cosas y, se les negó una adolescencia en la que las jóvenes podrían estar pensando en sus cantantes favoritos o la carrera que seguirán en el futuro. Para estas adolescentes esas mínimas cosas, les fue arrancada por la violencia familiar, por una madre ausente (tal vez fallecida también por las mismas causas), por agresión sexual por parte de algún conocido y también, por la indiferencia de aquellos que tenían la obligación de protegerlas.

A estas niñas les falló la familia, pero sobre todo, les falló el Estado, especialmente el Congreso de la República, pues hay todavía muchos parlamentarios/as que creen que la información en sexualidad es peligrosa y prefieren cerrar los ojos a toda evidencia disponible, en el campo de la educación sexual y de la igualdad de género; hay quienes que consideran que imponiendo la moral cristiana generará cambios, cuando en muchos casos es en ellos mismos que impera la incoherencia entre sus prácticas y las creencias que pregonan.

Estos diez casos muestran solo un pequeño ejemplo del costo en vidas humanas que tiene una política pública negligente. Una política que no hace uso de las evidencias, que se instala en la zona de confort político de no confrontación con el tradicionalismo. Por lo tanto, poco importa cuánto sea el recurso económico disponible sino no hay de por medio voluntad política de tener un Estado que respete los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, incluyendo claro está, sus derechos sexuales y reproductivos.

Recuperando las historias de estas adolescentes quisimos también hacer un tributo a estas 10 niñas y adolescentes y, aunque el anonimato es necesario por los principios éticos que procuramos seguir muy cuidadosamente, la idea de tener varios informantes claves (entre cuatro y seis por cada una de ellas), nos permitió tener una visión de sus vidas mucho más completa, aunque eso también nos ha llevado a identificar vacíos que nunca sabremos, y que ellas enfrentaron en la más profunda soledad.

También es importante señalar que este estudio no hubiese sido posible sin el apoyo profesional para el trabajo de campo realizado, de quienes tuvieron que recorrer distancias lejanas. En este sentido mi especial agradecimiento Margot Orozco Delgado, antropóloga y trabajadora social, quien se encargó a hacer las entrevistas en Piura. A Soledad Arriagada, socia de PROMSEX, que ayudó a compilar información relevante para la elaboración de este estudio.

Finalmente, agradezco al Proyecto Save Abortion Action Fund (SAAF-IPPF), que confió en PROMSEX para esta tarea

Susana Chávez

Responsable del Estudio

Directora de PROMSEX.



PRÓLOGO

Los patrones de la mortalidad materna en el Perú ilustran de una manera dramática las inequidades sistémicas que devastan la sociedad peruana en general, y a su vez reflejan violaciones sistemáticas de los derechos humanos. En una región del mundo, donde se dan las mayores desigualdades en cuanto a ingresos de los distintos grupos poblacionales, la tasa recurrentemente alta de mortalidad materna del Perú, nos brinda un indicador elocuente, no solamente de la exclusión social que enfrentan las mujeres rurales, pobres, especialmente indígenas y adolescentes en el Perú, sino también —y ello resulta crucial— de las deficiencias estructurales y de las desigualdades que se dan en el sistema de salud. Según un informe de 2013 del Ministerio de Salud de Perú, la razón de mortalidad materna (RMM) en el Perú es de 93 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y los autores de este informe nos indican que esa cifra se traduce en más de dos muertes por día.

Al escribir sobre la mortalidad materna, aún en base a investigaciones cualitativas, los académicos suelen enfocarse estrechamente en el proceso de la muerte, si por hemorragia o eclampsia o sepsis. Las muertes maternas, incluyendo las de aborto, son invariablemente muertes horribles—y aún más porque pueden prevenirse- y porque las intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad materna datan de más de medio siglo.

Pero aquellas investigaciones convencionales solo nos cuentan una parte pequeña de la historia, no el cómo murieron, ni por qué se murieron, y mucho menos puedan darnos una idea de las vidas que fueron acortadas tan tempranamente. Detrás de cada muerte, existe una mujer o una niña, con su propia historia. En este estudio si se le pone rostro a esas cifras.



Susana Chávez, una de las más reconocidas expertas sobre la mortalidad materna y la salud reproductiva en el Perú, junta sus co-autores/as, nos cuentan una historia mucho más complicada de la que solemos escuchar—una historia sobre adolescentes, cuyos proyectos de vida fueron siempre marcados por violencia, violencia en sus hogares, en sus escuelas, y finalmente por un sistemas de salud que no les brindaba ningún refugio ni soporte. Y cada historia en sí puede ser una tragedia pero cuando las vemos en su totalidad son historias alarmantes que nos deben indignar a todas y todos, porque llegamos a entender cómo las posibilidades de vida de estas jóvenes se fueron limitando inexorablemente—por factores socio-culturales y deficiencias sistemáticas en las respuestas del estado— hasta que por fin, ni tuvieron opciones cuando sus vidas colgaban en el balance.

Los investigadores identificaron diez casos emblemáticos de adolescentes que murieron debido a las complicaciones relacionadas con el embarazo (incluyendo causas relacionadas con el aborto, 6 de 10). De manera vívida el presente libro cuenta la historia de estas chicas y les da la palabra a algunos familiares y al personal de salud que las atendió.

Como bien lo señala Chávez y sus co-autore/as, la violencia no se puede entender meramente como una causa próxima de la muerte, como probablemente si lo hace la salud tradicional. Al contrario, tenemos que entender la violencia como un indicio de la exclusión y marginación, que culmina en el tratamiento de estas jóvenes en el sistema de salud y con demasiada frecuencia, en sus muertes: “La violencia para estas adolescentes, no es un hecho que emerja con el embarazo, sino, es una característica preexistente. La mayoría de estas adolescentes ya estaban signadas por la falta de valoración por parte de quienes supuestamente

deberían haberlas protegido. Lo que ha hecho el embarazo en última instancia, es acrecentar su nivel de vulnerabilidad frente a un destino casi predeterminado. Ninguna de estas adolescentes tuvo un soporte efectivo, ni siquiera aquellas que recurrieron al lugar adecuado, como es el caso de una de ellas que murió a causa de un aborto séptico y fue antes que ello sucediera al Centro de Salud. ... “Así, ellas en un corto periodo experimentaron la negativa sostenida de un sistema que probablemente hubiese funcionado, si ellas hubiesen sido mayores y valorizadas por su entorno.”

Tenemos en este estudio retratos de un sistema de salud insensible, indiferente y negligente en relación a las necesidades de estas mujeres jóvenes. Las complicaciones obstétricas, incluyendo aquellas derivadas de los abortos incompletos, requieren tener acceso a los cuidados obstétricos de emergencia. A pesar de que en Perú la cobertura general en salud es comparable con algunos de sus vecinos latinoamericanos, las desigualdades entre los ricos y los pobres, y los obstáculos enfrentados por las adolescentes en particular, siguen siendo abrumadores.

Sin embargo, el informe también recorre los caminos que condujeron a las muertes de estas adolescentes, analizando en particular el rol de la violencia y los obstáculos estructurales que existen para reducir la mortalidad materna a nivel del hogar y de la comunidad, el centro de salud, y el gobierno local y nacional. Así, es posible comprender que estas muertes no son eventos biológicos aleatorios sino el resultado previsible de las políticas, de decisiones sistemáticas, de políticas, programas y de presupuestos, así como de factores sociales y culturales.



A pesar de que los diez casos tienen sus particularidades, la estructura del informe nos permite comprender que muchos de los problemas – que se relacionan con la distancia emocional, así como física-, se mantienen entre la población y el sistema de salud; las interacciones entre el género, la discriminación étnica y la falta de educación sexual; el machismo y la violencia estructural que viven estas chicas y las deficiencias estructurales del sistema de salud, confirman los hallazgos de otros estudios, e ilustran los retos que se enfrentan en todo el Perú para obtener la plena realización de los derechos de las mujeres, a una maternidad segura, y a sus derechos reproductivos y sexuales más ampliamente. Los estudios de caso, además, permiten echar un vistazo a las vidas de las adolescentes individuales, a los papeles que desempeñaron en sus familias y comunidades, y al impacto que tuvo su muerte en sus familias.

Las desigualdades en las tasas de mortalidad materna pueden ilustrar profundas verdades sobre la inequidad en una sociedad como la peruana. Por ejemplo, según un informe de 2013 del Ministerio de Salud, la razón de mortalidad materna para la población en el quintil de ingresos más alto era el 58.5 por 100,000 nacidos vivos, mientras que para el quintil más pobre era más del triple (188 muertes por cada 100.000 nacidos vivos). Del mismo modo, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) promedio para en zonas rurales es de 161, mientras que la de las regiones urbanas, incluyendo Lima, es mucho menor (70 por 100,00 nacidos vivos).

Además, como vemos ilustrado en este informe, la desigualdad de género en el Perú está inextricablemente ligada a la discriminación étnica y a la pobreza rural, tanto como el tema de edad de la adolescente. Este estudio confirma que las mujeres, y en particular las adolescentes, siguen sin tener poder para la toma de decisiones relativas a su propio derecho a buscar atención médica. Incluso en casos de emergencia, los hombres y las mujeres mayores toman decisiones

cruciales en cuanto a la salud, por estas chicas. Todos los estudios de caso incluidos en este informe reflejan las inevitables conexiones que existen entre la falta de poder de decisión de las adolescentes en sus vidas privadas —en lo relativo a su integridad física, a la elección sobre las relaciones sexuales y al espaciamiento de los embarazos, etc. — y la falta de poder de decisión que tienen las mujeres en la esfera pública.

La discriminación de género también se refleja en leyes y políticas que tienen un impacto perjudicial en la salud de las mujeres y adolescentes, incluyendo la ley restrictiva del aborto. Y vale la pena recalcar que el gobierno del Perú ha asumido obligaciones, tanto bajo la legislación nacional como la internacional, para abordar a la violencia de género y los demás factores que conducen a obtener niveles recurrentemente altos de mortalidad materna.

Finalmente, cabe destacar que otro aporte importante es que este estudio no queda en el análisis de los hechos indignantes, tanto como trágicos. Sino, incluye unas recomendaciones pragmáticas pero con el potencial de ser transformadoras, que al tomarlas en serio ayudarían a encaminar políticas y prácticas que permitirían el goce efectivo de los derechos reproductivos de las adolescentes y mujeres del Perú, además de su acceso a una maternidad segura.

Alicia Ely Yamin, JD MPH

Lecturer on Law and Global Health

Policy Director,

FXB Center for Health and Human Rights,

Harvard University



INTRODUCCIÓN

A pesar de los compromisos firmados por el país respecto a la mejora de la salud materna, incluyendo la disminución de las tasas de embarazo adolescente, dicho progreso no se ha dado, siendo su impacto más inmediato el no cumplimiento de la meta de reducir las defunciones maternas a 66 x 100 000 nacidos vivos (n.v.), cifra que se propuso para el 2015 dentro de los Objetivos del Milenio. Varios factores han contribuido para que ello suceda: brechas educativas, pobre acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la falta de oportunidades, circunstancias que principalmente atañen a las mujeres. Sin embargo, un factor insuficientemente estudiado, y que ha comenzado a valorarse recién en los últimos años, es el impacto de la violencia familiar y sexual como un factor causal no solo del embarazo no deseado sino también como desencadenante de muerte.

Y sin bien existen algunas evidencias sobre la prevalencia de la violencia¹, su asociación con los resultados adversos del embarazo y la mortalidad perinatal² también se asocia con la mortalidad materna.

Poco se ha explorado sobre los factores de la violencia directamente relacionados a las muertes de las adolescentes por causas reproductivas, que son consecuencia del embarazo adolescente que la sufren, tanto en las gestantes como en sus hijos, iniciándose en la implicancia de un embarazo temprano, su influencia en el cuidado de la salud de la adolescente, hasta el manejo de las complicaciones. Otro

¹ Nove, Andrea; Matthews, Zoe; Neal, Sarah; y Camacho, Alma Virginia. "Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries". *The Lancet Global health*, vol. 2, n.º 3. Londres: Elsevier, 2014, pp.155-164. Ver en: goo.gl/nWYcAk

² Ganchimeg, T.; Ota, E.; Morisaki, N.; Laopaiboon, M.; Lumbiganon, P.; Zhang, J.; et al. "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study". *BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 121. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc., 2014, pp. 40-48. Ver en: goo.gl/nWYcAk



factor importante es el rol que juega el entorno familiar frente a las emergencias obstétricas u otras eventualidades fatales.

Creemos que estudiar estos factores permitirá un mejor acercamiento a las adolescentes que se embarazan, especialmente cuando estas son muy jóvenes, ayudará a identificar los factores que contribuyen a un embarazo temprano y a reconocer los prejuicios, estigmas y cargas sociales que estos representan y, que marginalizan a las adolescentes, de igual modo aporta en el reconocimiento de las vulnerabilidades, que terminan por conducir a las adolescentes a la muerte.

En resumen, esta investigación tiene como finalidad la identificación de los contextos de las adolescentes fallecidas por causas maternas, directas e indirectas, durante los años 2012 y 2014; los aspectos que pudieron incidir en la falta de cuidado y en la negligencia de actores claves que impidieron su acceso oportuno a los servicios; en las respuestas que encontraron en estos; y en los aspectos que determinaron las demoras, desde el momento “crítico” del embarazo, hasta el desenlace final.



I.
CONTEXTO.
CARACTERÍSTICAS
DE LA MORTALIDAD
MATERNA EN
GENERAL

**“ NUNCA ME ENTERÉ
QUE ESTABA
EMBARAZADA, NUNCA
ME LO CONTÓ. CUANDO
FALLECIÓ RECIÉN
SUPE QUE ESTABA
EMBARAZADA. NO LE
CONTÓ A NADIE. ”**

(PRIMA DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

I. CONTEXTO. CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GENERAL

1.1 LA MORTALIDAD MATERNA, UN PROBLEMA VIGENTE.

La mortalidad materna es un indicador que ha tendido a la disminución a través de los años³. Sin embargo, el descenso en el país no ha sido el esperado, especialmente a partir del año 2010, cuando se observa cierto incremento en las cifras de mortalidad. Datos oficiales del Ministerio de Salud señalan que entre los años 2002 y 2011 ocurrieron un total de 6691 muertes maternas, que incluyen el 11% de las muertes no registradas⁴, y que solo en el año 2014 se consignaron un total de 510 muertes, cifra un poco mayor a la registrada en el año 2013.

En estas cifras presentadas por el Ministerio de Salud, cuya información se muestra en los siguientes gráficos, hay dos datos que llaman la atención:

- a) Si bien las mujeres más pobres (quintil 1) tienen seis veces más de probabilidad de morir por causas maternas (22 x 100 000 MEF) que las no pobres (4.3 x 100 000 MEF), las diferencias que se presentan entre cada uno de estos quintiles son muy pequeñas, lo que demostraría que los

³ Dirección General de Epidemiología. *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011*. Lima: Ministerio de Salud (MINSa) - Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2013. Ver en: goo.gl/ViuK16

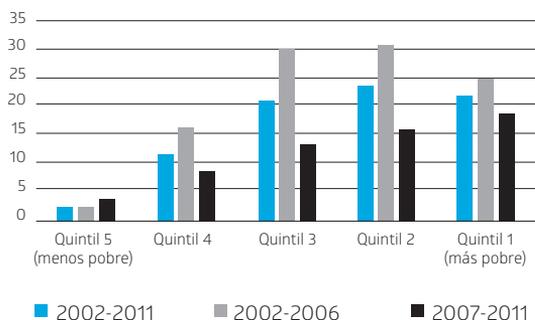
⁴ Dirección General de Epidemiología. *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011*. Lima: MINSa - UNFPA, 2013. Ver en: goo.gl/ViuK16

niveles de pobreza no estarían aportando cambios sustantivos respecto a las muertes maternas.

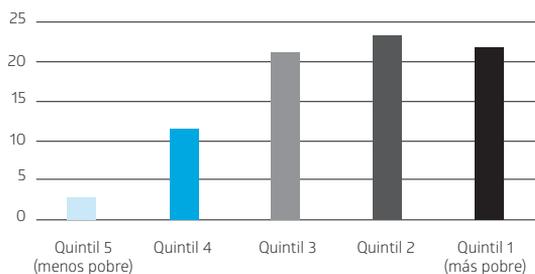
- b) En vez de disminuir la muerte materna en el quintil menos pobre en los últimos cinco años (2007-2011), hay un incremento que prácticamente triplica el periodo anterior (2002-2007). Este incremento podría estar relacionado también con el incremento de embarazos en adolescentes que se observa en los mismos periodos.

GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA
SEGÚN QUINTILES DE POBREZA

Mortalidad materna según quintiles y periodos



Periodo 2002-2011



Fuente: Dirección General de Epidemiología, 2013.

1.2 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna tiene diferencias geográficas marcadas dentro del territorio nacional. Zonas territoriales como la Sierra y la Selva cuadruplican la tasa de muerte materna de la Costa, tal como se observa en la siguiente tabla.

TABLA N° 1
MUERTE MATERNA SEGÚN ÁMBITO Y PERIODOS

Ámbito	Años 2002-2011	Años 2002-2006	Años 2006-2011
	Tasa x 100 mil MEF	Tasa x 100 mil MEF	Tasa x 100 mil MEF
Perú	7.2	8.4	6.5
Costa	4	4.2	3.8
Sierra	15.5	16.4	14.7
Selva	14.9	17.8	12.2

Fuente: Datos tomados de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Según el estudio realizado por el Ministerio de Salud, *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011* (el cuál se continuará mencionando a lo largo de este informe), la tasa de mortalidad materna fue de 7.2 x 100 000 Mujeres en Edad Fértil (MEF). Sin embargo, solo 10 de las 24 regiones del Perú están dentro o por debajo del promedio nacional, lo que significa que la mayoría de las regiones viven una realidad distinta.



TABLA N° 2
PROMEDIO DE TASA DE MUERTE MATERNA
POR CADA 1000 MIL MEF

PERÚ	7.2
<i>Debajo del promedio nacional</i>	
Lima	2.3
Tacna	2.9
Callao	3.1
Arequipa	3.6
Moquegua	4.3
Tumbes	4.5
Lambayeque	5.7
<i>En el promedio nacional</i>	
La Libertad	8
Ancash	8.1
Piura	8.7
<i>Por encima del promedio nacional</i>	
Junín	9.1
Apurímac	9.2
Madre De Dios	9.3
San Martín	9.7
Cusco	11.4
Ayacucho	12.1
Ucayali	12.6
Huánuco	13
Pasco	14.4
Cajamarca	15.1
Puno	15.5
Loreto	17.9
Amazonas	19.8

Fuente: Dirección General de Epidemiología

1.3 LAS MUERTES MATERNAS QUE NO SE PUDIERON EVITAR: EL PELIGRO DE REVERTIR LO AVANZADO

En términos generales, aun cuando la mortalidad materna ha pasado de una razón de 185 muertes maternas (MM) x 100 000 nacidos vivos (n.v.) en el año 2000, a 90 MM x 100 000 n.v. para el 2013, las cifras logradas no han sido suficientes para alcanzar la meta país de 66 muertes maternas x 100 000 n.v. propuesta en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015⁵. Este fenómeno al parecer no solo se debe a las diferencias que existen entre las regiones, sino también a las dificultades para estabilizar la curva de reducción, presentándose picos de incremento, tal como se puede observar en la información dada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud correspondiente al periodo entre los años 2013 y 2014.

En dichas cifras también se observa un incremento no esperado en Lima Metropolitana, capital del país, en donde de 44.4 MM x 100 000 n.v., para los años 2002-2006, hemos pasado a 50.6 MM x 100 000 n.v., para los años 2007-2011, incremento que parece estar dado por el número de adolescentes fallecidas.

Inversión del Estado para la prevención de la mortalidad materna: graves pendientes

Una de las estrategias principales del Estado peruano para lograr la disminución de la muerte materna ha sido atender la barrera económica, con la creación del Seguro Integral de Salud (SIS), subsidio económico para la atención de salud materna e infantil de la población más pobre del Perú. Sin embargo, si bien este seguro ha ido incrementándose paulatinamente y alcanzando una gran cobertura en el nivel de los servicios básicos de salud para la población más pobre, este resulta insuficiente para el tratamiento oportuno y de calidad de enfermedades

⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011*. Lima: INEI, 2013. Ver en: goo.gl/7jxzTH



previas o adquiridas durante el embarazo que requieren cuidados especiales para evitar el agravamiento y posibles muertes o morbilidades graves en las mujeres, dada la poca capacidad resolutive que ofrecen estos servicios. A esto se suma el pobre alcance de estos servicios en la población adolescentes .

Otra iniciativa del Estado peruano para prevenir la muerte materna ha sido la implementación de las llamadas Casas de Espera Materna, desde donde se propone superar la valla geográfica, especialmente para las poblaciones dispersas. Estas instalaciones buscan acercar a las mujeres gestantes durante sus últimas semanas de gestación, a lugares accesibles a los servicios de salud, asegurando de esta manera el parto institucional. Frente a ello, el Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud), espacio de articulación ciudadana, considera que si bien esta es una buena iniciativa, para las mujeres que viven en zonas alejadas, aún carece de la planificación presupuestal que permita su sostenibilidad, originando que la gran mayoría de las Casas de Espera no cuenten con cobertura de alimentación tanto para la gestante como para sus acompañantes.

Un tercer grupo de iniciativas lo constituyen las estrategias interculturales que incluyen la adecuación a las costumbres locales del parto, que se ha sido mostrado incluso como una de las experiencias exitosas así como el “radar” de gestantes (sistema de identificación temprana y de monitoreo de gestantes en sus comunidades), que si bien son modelos valiosos que mejoran la accesibilidad y el acercamiento de la gestante a los servicios, aun no demuestran su costo efectividad en la reducción de la muerte materna

Sin embargo, una de las limitaciones que al parecer ofrecerían estas estrategias, es que estarían muy enfocadas en la inmediatez de la gestación, especialmente alrededor del parto, dejando de lado el conjunto de necesidades que hay en torno a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la atención del embarazo no deseado, la violencia contra la mujer, que tienen sentido en el marco de la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Si a ello se añade la pobre infraestructura, los serios problemas en la comunicación, la referencia oportuna a los establecimientos de mayor complejidad, la baja capacidad resolutive, el escaso número de proveedores y las debilidades en su formación.



La educación sexual integral es el otro gran pendiente en la prevención de embarazos tempranos y sus consiguientes riesgos. En este sentido, actualmente el Congreso de la República viene discutiendo el contenido de un nuevo Código de Niños, Niñas y Adolescentes. Si bien en dicho texto, en su redacción original, contemplaba la inclusión de la educación sexual integral como una obligación del Estado a través del sistema educativo, este ha sido modificado en dos ocasiones dentro de la Comisión de la Mujer y Familia para señalar que es deber de la familia asumir la educación sexual, siendo relegado el rol del Estado a la asesoría en términos de información a la familia para que cumpla dicho cometido (PROMSEX 2013, Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza, 2013). Actualmente, la educación sexual desde el Ministerio de Educación pasa por un proceso de cambios para insertarse en las nuevas rutas de aprendizaje (MINEDU, 2015)⁶. Sin embargo, la sombra de la restricción legal amenaza estos posibles avances.

Es de suma importancia tener en cuenta que la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos modernos son fundamentales para la disminución de los embarazos no deseados y sus riesgos.

⁶ Ministerio de Educación, Rutas del Aprendizaje Versión 2015, Que y cómo aprenden nuestros niños II Ciclo, Área Curricular Personal y Social, 3, 4 y 5 años de Educación Inicial. Ver en <http://recursos.perueduca.pe/rutas/>





II. LA MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES

**“ ESTELA DECIDIÓ
TERMINAR CON SU
VIDA PORQUE NO
ENCONTRÓ OTRA
SALIDA, PORQUE SU
FAMILIA LE CERRÓ
LAS PUERTAS. ”**

(PROFESORA DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

II.

LA MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES

Según datos del Ministerio de Salud, la razón de muerte materna continúa prevaleciendo en el área rural, siendo las adolescentes el grupo más afectado. Sin embargo, en el área urbana, a pesar de haber una menor proporción de adolescentes que están embarazadas o que son madres, la tendencia también ha ido en aumento. En la Selva, donde la proporción de madres o gestantes adolescentes triplica la cifra promedio nacional, la razón de muerte materna en este grupo de edad alcanza a 452.9 x 100 mil, similar a lo que se reporta en los países más pobres de África y tres veces más de lo ocurre en mujeres entre los 20 y 24 años de edad.

Durante el año 2010, el Ministerio de Salud notificó un total de 452 muertes maternas, de las cuales 56 correspondieron a adolescentes entre los 10 y 19 años de edad (12.38%). Sin embargo, cuando estos fallecimientos se compararon con los otros grupos de edad (a excepción de las mujeres mayores de 40 años), se encontró que la razón de mortalidad materna para las adolescentes se cuadruplicó, resultando así una tasa de 241 MM x 100 000 n.v., similar a la tasa de muerte materna de mujeres de zonas rurales y mujeres con menor nivel educativo⁷.

Así mismo, según data oficial del Ministerio de Salud, hay un incremento en el número de muertes maternas reportadas en las menores de 15 años, cifra que podría ser mayor ya que para este grupo de edad se reporta un sub registro que alcanza al 26% (más del doble del sub registro que se reporta en las muertes

⁷ Dirección General de Epidemiología. *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011*. Lima: MINSA - UNFPA, 2013. Ver en: goo.gl/ViuK16



maternas en general). Cabe recalcar sobre este punto que las zonas de mayor sub registro de embarazo adolescente son Amazonas (31%) y Loreto (23.5%), regiones que tienen tasas muy altas de embarazos de este tipo. Las regiones con menor nivel de sub registros y también con menor proporción de adolescentes embarazadas son Arequipa con 3.1% y Moquegua con 4.3%⁸.

Otro factor preocupante en la mortalidad materna en adolescentes es el suicidio, que ha pasado del 39% de casos de muerte materna para el 2010, a 44% para el 2012⁹.

2.1 CAUSAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como muerte materna a aquella **muerte que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio**, es decir, la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la causa de muerte (obstétrica y no obstétrica).

Así mismo, según esta instancia se ha establecido que las muertes maternas se subdividen en dos grupos:

- **Muertes obstétricas directas:** Aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.
- **Muertes obstétricas indirectas:** Aquellas que son el resultado de una enfermedad previamente existente o de alguna enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas

⁸ Del Carpio, L. "Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012". *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, vol. 30 n.º 3. Lima: Instituto Nacional de Salud, 2013, pp. 461-464.

⁹ Hodgkinson, S.C.; Colantuoni, E.; Roberts, D.; Berg-Cross, L.; y Belcher, H.M. "Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers". *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, vol. 23. New York: Elsevier Inc., 2010, pp. 16-22.

directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Además, es relevante para la salud pública de los países conocer las muertes maternas tardías, sobre todo en aquellos casos que se derivan de diagnósticos que solo se quedan en la estadística como morbilidad materna, pues conocerlos puede prevenir más muertes.

- **Muerte materna tardía:** La muerte materna tardía es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Causas obstétricas de muerte materna en el Perú

Según datos de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, las mujeres más pobres tienen hasta siete veces más, como posibilihemorragia (116.7 x 100 000 n.v.) que las mujeres no pobres (con 13.8 x 100 000 n.v.) en el caso de las no pobres...predomina más el trastorno hipertensivo con razón de mortalidad..... materna, que es de 17.5 40 x 100 000 n.v.

TABLA N° 3

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA POR CONDICIÓN DE PROBREZA DEL DISTRITO DE PROCEDENCIA. PERÚ 2001-2011

Grandes categorías de causa de muerte	Condición de pobreza				Índice de RMM
	Pobre		No pobre		
	%	RMM	%	RMM	
Hemorragia obstétrica	56.3	116.4	21.9	13.8	8.4
Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	19.4	40.0	27.7	17.5	2.3
Complicaciones no obstétricas	8.9	18.4	21.6	13.6	1.3
Embarazo que termina en aborto	7.2	14.8	13.9	8.7	1.7
Afecciones contribuyentes	3.2	6.5	5.0	3.2	2.1
Otras complicaciones obstétricas relacionandas con el puerperio	1.8	3.7	3.3	2.1	1.8
Complicaciones de manejo no previstas	1.6	3.2	1.6	1.0	3.2
Desconocido / indeterminado	1.1	2.2	1.5	0.9	2.4
Infección relacionado con el embarazo	0.6	1.2	1.7	1.1	1.1
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0.1	0.1	1.8	1.2	0.1

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2012.

TABLA N°4

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA SEGÚN ÁMBITO TERRITORIAL. PERÚ 2002-2011

Grandes categorías de causa de muerte	Ámbito territorial				Índice de RMM rural / urbano
	Urbano		Rural		
	%	RMM	%	RMM	
Hemorragia obstétrica	26.0	19.2	56.1	97.3	5.1
Transtornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	26.1	19.3	19.9	34.5	1.8
Complicaciones no obstétricas	19.6	14.5	9.4	16.2	1.1
Embarazo que termina en aborto	14.8	11.0	5.8	10.0	0.9
Afecciones contribuyentes	4.7	3.5	3.3	5.7	1.7
Otras complicaciones obstétricas relacionandas con el puerperio	3.2	2.3	1.8	3.0	1.3
Complicaciones de manejo no previstas	1.4	1.0	1.7	3.0	2.9
Desconocido / indeterminado	1.2	0.9	1.2	2.2	2.4
Infección relacionado con el embarazo	1.6	1.2	0.6	1.1	1.0
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	1.6	1.1	0.1	0.2	0.2

Fuente: Ministerio de Salud - Dirección General de Epidemiología, 2012.

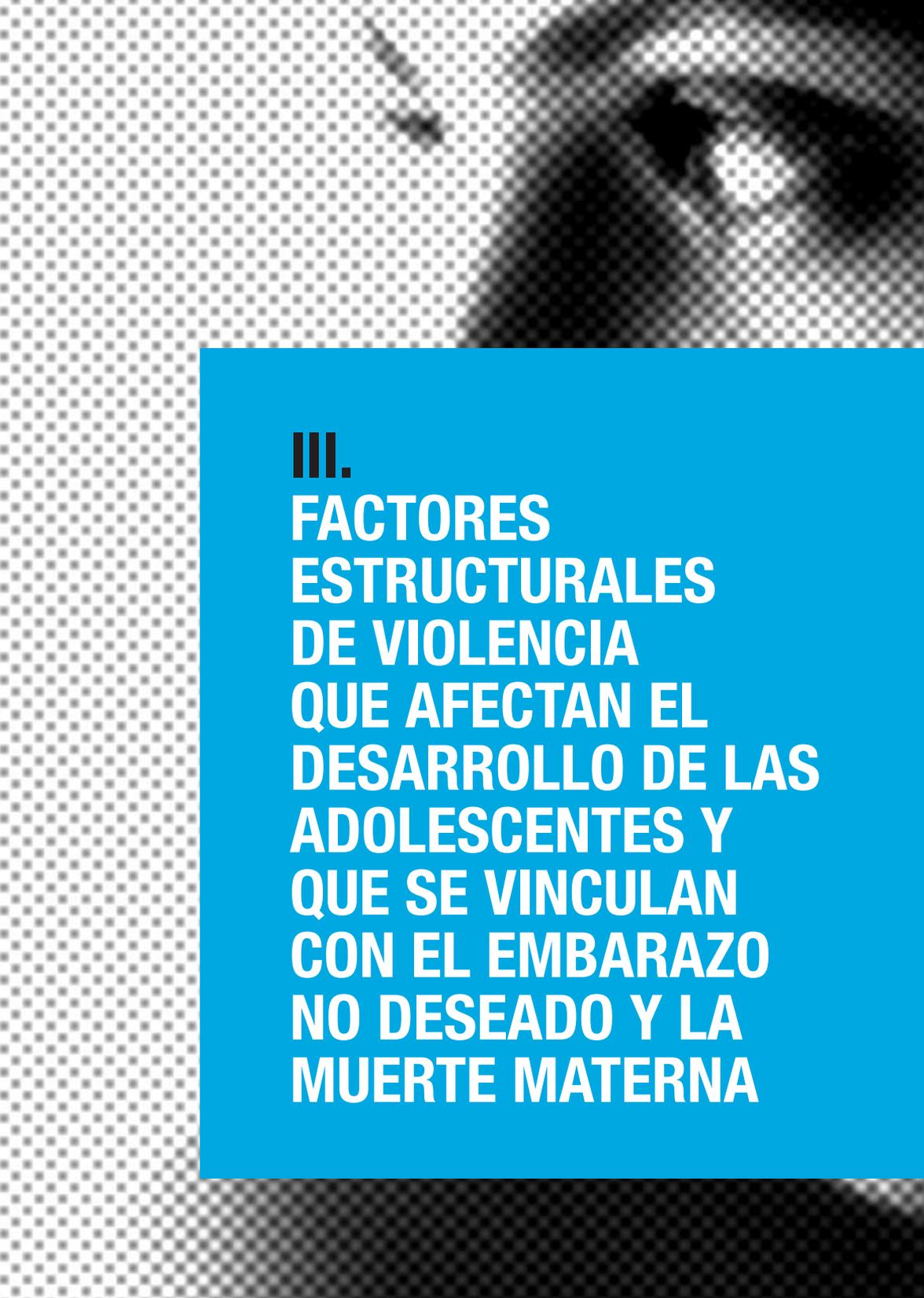
Por otro lado, las diferencias sobre las causas de muertes maternas también se producen en el ámbito territorial, donde la hemorragia obstétrica en las zonas rurales es causante de más del 50% de los casos, mientras que en las zonas urbanas esta representa menos del 20%. Así mismo, mientras que el aborto es causante del 14.8% de muertes maternas en zonas urbanas, esta solo representa el 5.8% en zonas rurales.

Según el informe Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹⁰, la maternidad precoz es un factor de riesgo para la salud de las adolescentes y el aborto figura entre las cinco causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años de edad¹¹. Además, existe una tendencia al alza de suicidios en adolescentes embarazadas.¹²

¹⁰ INEI. Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007. Lima: INEI, 2010.

¹¹ Távara Orozco, L.; Verena Jacay, S.; y Daddor Tozzini, J. *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal*. Lima: Centro de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), 2007.

¹² Dirección General de Epidemiología. Muerte materna en el Perú 2001-2011. Lima MINSU-UNFPA, 2013. Ver en goo.gl/ViuK16



III.
**FACTORES
ESTRUCTURALES
DE VIOLENCIA
QUE AFECTAN EL
DESARROLLO DE LAS
ADOLESCENTES Y
QUE SE VINCULAN
CON EL EMBARAZO
NO DESEADO Y LA
MUERTE MATERNA**

“

**MÁS QUE TODO AQUÍ
ES POR LA FALTA DE
INFORMACIÓN DE LOS
PADRES, NO HAY APOYO
FAMILIAR ... O PORQUE
ESPERAN QUE SUS
HIJAS A TEMPRANA
EDAD FORMEN APARTE
SU FAMILIA, PORQUE
SON UNA CARGA MENOS
PARA ELLOS.**”

(PROVEEDORA DE SALUD, PIURA. CASO GINA).

III.

FACTORES ESTRUCTURALES DE VIOLENCIA QUE AFECTAN EL DESARROLLO DE LAS ADOLESCENTES Y QUE SE VINCULAN CON EL EMBARAZO NO DESEADO Y LA MUERTE MATERNA

Munévar-Munévar y Mena-Ortiz¹³ señalan que “la violencia trastorna la vida de las mujeres en múltiples campos; socava su confianza como personas y reduce su autoestima física y psicológica; destruye su salud, niega sus derechos como seres humanos; restringe su libertad y limita sus oportunidades”. Si bien esta violencia no hace distinciones de “raza, clase social, religión, edad, etnia, sexualidad, cultura, casta y región geográfica”, algunas mujeres son especialmente vulnerables debido a su edad o al nivel de pobreza en el que viven.

¹³ Munévar-Munévar, D. y Mena-Ortiz, L. “Violencia estructural de género”. *Revista Facultad de Medicina*, vol. 57, n.º 4. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2009, pp. 356-365.



El Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Argentina, en su estudio *Para que cada muerte materna importe*¹⁴, señala que en cada caso de muerte materna se están afectando derechos fundamentales, como el derecho a la igualdad y a la no discriminación, debido a que las mujeres están particularmente vulnerables, sobre todo las que vienen de un estrato social bajo, por la pobreza, la violencia, los bajos niveles de escolaridad y, por ende, por tener poca capacidad de generar recursos económicos, con lo que se cierran círculos de dependencia y menor autonomía para la toma de decisiones acerca de su vida sexual y/o reproductiva, todo lo cual se considera un escenario oculto de la muerte materna. Así tenemos que la pobreza y la condición étnica acentúan estas discriminaciones, que con frecuencia se expresan con mayor fuerza en las mujeres más jóvenes.

En este sentido, la adolescencia se configura como una etapa de vulnerabilidad, debido a que no han culminado los ciclos de desarrollo humano que preparan a la persona para su completa autonomía, tanto en el ámbito psicológico, social y económico. En esta etapa las adolescentes, en general, pero mucho más las pobres y de origen rural o de identidad cultural indígena, están expuestas a una serie de eventos que pueden condicionar embarazos tempranos no deseados y a los riesgos que ello implica¹⁵.

Así mismo, es necesario comprender que la vulnerabilidad de las adolescentes no está condicionada solo por la pobreza. En efecto, tal como lo aborda el estudio cualitativo realizado en México por Claudio Stern,¹⁶ la vulnerabilidad social (es decir la probabilidad de ser dañado/a por las condiciones sociales que rodean a una persona) en la adolescencia y la ocurrencia de embarazos no deseados están profundamente relacionados con la deserción escolar, el acceso deficiente a información y educación sexual, ausencia de un plan de vida y aspiraciones e inexistencia de redes familiares y sociales.

¹⁴ Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; y Río, C. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2004.

¹⁵ Munévar-Munévar, D. y Mena-Ortiz, L. "Violencia estructural de género". *Revista Facultad de Medicina*, vol. 57, n.º 4. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2009, pp. 356-365; y Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; y Río, C. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES, 2004.

¹⁶ Stern, C. "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente". *Papeles de Población*, vol. 10, n.º 39. México D.F.: Universidad Autónoma de México, 2004, pp. 129-158.

Finalmente, Royston y Armstrong¹⁷ señalan que:

LA MORTALIDAD MATERNA NO DEBE SER CONSIDERADA COMO UN EVENTO CASUAL SINO EL DESENLACE DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE SE DESARROLLA DURANTE UN LARGO PERÍODO, DADO QUE EL RESULTADO DE UN EMBARAZO ESTÁ PROFUNDAMENTE INFLUIDO POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA DE UNA MUJER.

A continuación, revisaremos algunos de los factores condicionantes más relevantes de esta “enfermedad crónica” en la determinación de los embarazos tempranos no deseados en las adolescentes.

3.1 LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA INFANCIA: EL CASTIGO A LAS NIÑAS Y NIÑOS

En Latinoamérica, la violencia contra las y los menores de edad en el interior de las familias se manifiesta principalmente por medio del castigo físico (como forma de disciplina), el abuso sexual, el abandono y la explotación económica¹⁸. Alrededor del 50% de niños, niñas y adolescentes en América del Sur han sido víctimas de alguna forma de violencia, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)¹⁹.

¹⁷ Citados en: Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; y Rio, C. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES, 2004.

¹⁸ Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). *La juventud en el Perú*. Lima: UNFPA, 2013. Ver en: goo.gl/n83RUi

¹⁹ Larraín, S. y Bascuñán, C. “Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro”. *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, n.º 9. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNICEF TACRO), 2009, pp. 4-9.



De igual modo, diversos estudios muestran la relación entre la violencia intrafamiliar y la afectación a la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes^{20, 21, 22, 23}.

Así tenemos que la violencia, unida a la forma de crianza de las niñas basada en la inequidad de género, que incluye el menor estatus social y familiar, donde se resta importancia a su educación y no se valoran sus decisiones personales ni su autonomía, evitan que se desarrolle su autoestima, asertividad y, muchas veces, un proyecto de vida con expectativas motivadoras. Estos factores alientan el embarazo temprano no deseado y la falta de valoración personal que, como se podrá ver más adelante, favorece a las demoras en la oportuna atención de salud, facilitándose así la morbilidad y la mortalidad materna²⁴.

Un análisis de investigaciones respecto de las consecuencias de la violencia intrafamiliar en las niñas señaló que el principal problema encontrado es la desesperanza aprendida, donde además se acentúan los sentimientos de desvalorización personal y culpa. La víctima está sometida a un profundo estrés debido al miedo, la frustración y al estado de constante vigilancia, lo que afecta sus capacidades cognitivas y genera una fractura personal respecto al autoconcepto, donde se altera la propia vivencia del cuerpo, como algo ajeno y a disposición de otros²⁵.

²⁰ Bolaños, M. y Quirós G. *La violencia escolar: un reflejo de la problemática de la sociedad actual*. Costa Rica: Ediciones EUNED, 2002.

²¹ Arcos, E; Uarac, M; y Molina, I. "Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil". *Revista médica de Chile*, vol. 131, n.º 12. Santiago de Chile: Scientific Electronic Library Online, 2003, pp. 1454-1462.

²² Stern, C. "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente". *Papeles de Población*, vol. 10, n.º 39. México D.F.: Universidad Autónoma de México, 2004, pp. 129-158.

²³ Larraín, S. y Bascañán, C. "Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro". *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, n.º 9. New York: UNICEF - CEPAL - UNICEF TACRO, 2009, pp. 4-9.

²⁴ Yamin, A.; Cole, J.; y Moore, T. *Demoras fatales. Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para la maternidad segura*. Washington D.C.: Physicians for Human Rights, 2007.

²⁵ Bolaños, M. y Quirós G. *La violencia escolar: un reflejo de la problemática de la sociedad actual*. Costa Rica: Ediciones EUNED, 2002.

Así mismo, sabemos que la violencia no termina con aquellos y aquellas que la sufren, sino que es un círculo que en la mayoría de los casos se repite a través de las generaciones. UNICEF, en su boletín *Desafíos*, número 9²⁶, hace una revisión de las estadísticas mundiales respecto a la violencia hacia niños, niñas y adolescentes, señalando que:

EN TODOS LOS PAÍSES LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SUFRIDAS POR PARTE DEL PADRE Y DE LA MADRE DURANTE SU INFANCIA SON EL FACTOR DE RIESGO MÁS RELEVANTE PARA QUE EXISTA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS EN LAS FAMILIAS, YA QUE SE PRODUCE UNA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE LA VIOLENCIA. ASÍ MISMO, EL MALTRATO INFANTIL EN EL HOGAR ESTÁ ESTRECHAMENTE RELACIONADO –Y SE INCREMENTA– CON LA PRESENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, CUANDO ERAN HIJAS O CUANDO SON MADRES Y ESPOSAS.

Finalmente, en el Perú, los Centros de Emergencia Mujer, del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual del Perú (PNCVFS), refieren que alrededor del 30% de las atenciones que brindan corresponden a menores de 18 años de ambos sexos, entre los cuales, el 30.4% ha sido víctima de violencia sexual, siendo las niñas las más afectadas con una relación 9 a 1 respecto de los niños.

3.2 LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL: VIOLENCIA EN LA ESCUELA

Si bien la evidencia muestra que la permanencia en el sistema escolar durante la adolescencia y la proposición de un proyecto de vida con aspiraciones diferentes al de ser esposa y madre son factores protectores para evitar embarazos tempranos no deseados en las adolescentes, lo cierto es que muchas veces estas son víctimas

²⁶ Larraín, S. y Bascuñán, C. “Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro”. *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, n.º 9. New York: UNICEF - CEPAL - UNICEF TACRO, 2009, pp. 4-9.



de diversas formas de violencia dentro del sistema escolar, lo que favorece a la deserción, haciéndolas aún más vulnerables²⁷.

El estudio *Gender and violence in school*²⁸, desarrollado para la UNESCO, encontró que la violencia verbal y el aislamiento a causa de la violencia en el ámbito escolar era mayor en las niñas y las adolescentes, situaciones que reportaron efectos psicológicos serios, como dificultades para concentrarse, ausencia escolar por miedo, ataques de ansiedad y, en los peores casos, diversas formas de depresión crónica que pueden llevar al suicidio.

Así mismo, Hall y Sandler²⁹ realizaron investigaciones en universidades respecto a la presencia y efecto de los ordenamientos de género. Los principales hallazgos de dichos autores indican que existe al interior de estos espacios una serie de micro agresiones hacia las mujeres (que también son comunes hacia personas de diverso origen étnico, personas LGTB, etc.) que pueden ser calificadas como pequeñas molestias. Estas prácticas, al ser cotidianas, variadas y constantes, generan un “clima frío” para las mujeres y producen “falta de reconocimiento, devaluación y la pérdida de confianza en sí mismas y en sus habilidades”.

Además, muchas adolescentes se ven expuestas a violencia sexual en varias de sus formas, llegando a la violación sexual por parte de otros compañeros o por docentes, estos últimos con mayor frecuencia en forma de chantaje cuando están encargados de evaluaciones finales o de la promoción de nivel de la alumna³⁰.

²⁷ Arriagada Barrera, S. *Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual. ¿Qué puede cambiar?* Lima: PROMSEX - UNFPA, 2011; y Stern, Claudio. “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente”. *Papeles de Población*, vol. 10, n.º 39. México D.F.: Universidad Autónoma de México, 2004, pp. 129-158.

²⁸ Blaya, C.; Debarbieux, E.; y Rubi, S. *Gender and violence in schools*. Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2003/4. París: UNESCO, 2003. .

²⁹ Mingo, Araceli. “Ojos que no ven... Violencia escolar y género”. *Perfiles educativos*, vol. 32, n.º 130. México D.F.: Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, 2010, pp. 25-48.

³⁰ Mingo, Araceli. “Ojos que no ven... Violencia escolar y género”. *Perfiles educativos*, vol. 32, n.º 130. México D.F.: Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, 2010, pp. 25-48.

Por otro lado, en un enfoque diferente del papel del embarazo en la vida de las adolescentes, Näslund-Hadley y Binstock publicaron para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el 2011 la investigación *El Fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase*³¹, donde se estudió la trayectoria escolar de 116 mujeres madres adolescentes y adultas de zonas urbanas de Perú y Paraguay, encontrando que el bajo desempeño escolar había sido previo al embarazo y a la maternidad, y que dicha disminución no necesariamente se derivaba de ellos. Según este estudio:

MÁS DE LA MITAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES PARAGUAYAS Y CERCA DE UN CUARTO DE LAS PERUANAS HABÍAN ABANDONADO LA ESCUELA ANTES DE SU EMBARAZO. LA RAZÓN PRINCIPAL QUE ADUJERON PARA DESCONTINUAR SUS ESTUDIOS FUE LA FALTA DE INTERÉS QUE HABÍA GENERADO BAJOS NIVELES DE LOGRO Y LA REPETICIÓN DE UNO O MÁS GRADOS. LA SEGUNDA RAZÓN MENCIONADA FUE LA SITUACIÓN ECONÓMICA DE SU FAMILIA Y LA CONSIGUIENTE NECESIDAD DE CONTRIBUIR FINANCIERAMENTE AL HOGAR.

En esta investigación también se encontró que para las mujeres que tenían problemas familiares económicos era muy complejo conciliar trabajo y estudios, por lo que bajaron su desempeño y, finalmente, desertaron de ellos.

Sin duda uno de los principales hallazgos del estudio fue que gran parte de las madres adolescentes participantes había planeado el embarazo, o simplemente dejaron que ocurriera, con la finalidad de discontinuar su educación formal:

SE DESTACAN DOS FACTORES CENTRALES EN LA DECISIÓN DE DESCONTINUAR LA EDUCACIÓN: EL NIVEL ACTUAL DE LOGRO ACADÉMICO DE LAS MUJERES Y EL GRADO DE AVANCE EN SUS ESTUDIOS. LAS QUE ABANDONARON LOS ESTUDIOS INMEDIATAMENTE AL ENTERARSE DE SU EMBARAZO YA IBAN

³¹ Näslund-Hadley, E. y Binstock, G. *El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase*. New York: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2011. Ver en: goo.gl/XLNaw



MAL EN LA ESCUELA Y LES FALTABAN VARIOS AÑOS PARA COMPLETAR SU EDUCACIÓN SECUNDARIA. OTRO ELEMENTO, TAL VEZ INTERRELACIONADO, FUE QUE CON FRECUENCIA LA BAJA CALIDAD PERCIBIDA EN LA EDUCACIÓN QUE SE OFRECÍA PARECIÓ DESANIMAR A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE CONTINUAR SUS ESTUDIOS. EN CAMBIO, A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ESCOGIERON CONTINUAR Y COMPLETAR SU EDUCACIÓN SECUNDARIA LES FALTABA MENOS TIEMPO PARA TERMINAR, A VECES SOLO UNOS MESES, Y ERAN ACADÉMICAMENTE MÁS FUERTES³².

En este sentido, se encontró una serie de factores que actuaron de manera simultánea en las decisiones de estas adolescentes para no prevenir sus embarazos: “el grupo de madres adolescentes veía el embarazo como una forma de establecer una identidad de adulta, de conservar su novio, de satisfacer sus deseos de sentirse necesitadas y, en algunos casos, de obtener apoyo financiero”. Para estas adolescentes, la educación formal no ofrecía alternativas de un proyecto de vida motivador y con perspectivas de tener mejores condiciones de vida que sus padres, al contrario, el único proyecto de vida viable para ellas era el de la maternidad³³

³² Näslund-Hadley, E. y Binstock, G. *El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase*. New York: BID, 2011. Ver en: goo.gl/XLNaw

³³ Näslund-Hadley, E. y Binstock, G. *El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase*. New York: BID, 2011. Ver en: goo.gl/XLNaw



IV. **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

**“ELLA NUNCA NOS DIJO
EL NOMBRE DEL JOVEN.
NADIE SUPO QUIÉN FUE.
AQUÍ EN SARAYUYO,
SUELE SUCEDER ASÍ. LA
PAREJA NO INTERVIENE,
SE ALEJA Y SOLAMENTE
QUEDA LA ADOLESCENTE
SOLA CON SU SITUACIÓN.”**

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

IV. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

4.1 LA ADOLESCENCIA

Tal como señala el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en el *Informe de Desarrollo Humano 2011*, para Nicaragua, la definición de adolescentes no solo se refiere a un asunto biológico sino que también es un asunto social, íntimamente vinculado al ejercicio de los derechos. La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde operan cambios físicos, psicológicos y hormonales que determinarán, junto con las características sexuales, la identidad sexual, la búsqueda de autonomía, los vínculos afectivos y las redes sociales

Este periodo implica procesos transitorios y de grandes ventajas formativas que deberían permitir la integración social de las nuevas generaciones, resultando así ser un periodo clave de educación y aprendizaje. De igual modo, la adolescencia es considerada como una etapa de dependencia familiar, por lo que la familia es un elemento clave, teniendo implicancias en su tutela y protección. Sin embargo, a diferencia de las y los niños pequeños, en los y las adolescentes operan y se reconocen discernimientos en lo que les atañe, aspecto que muchas veces es negado bajo el concepto de “protección”, especialmente cuando existe un contexto adulto-céntrico muy marcado por la inequidad y la exclusión social³⁴.

³⁴ Valencia Corominas, J. “Proceso de conceptualización de los derechos del niño”. *Derechos Humanos del Niño en el Marco de la Doctrina de la Protección Integral*. Lima: Acción por los Niños, 1999, pp. 65-110.



4.2 EL FENÓMENO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en adolescentes, en la mayoría de los casos y sobre todo en las más jóvenes, ocurre de manera abrupta y fuera de un entorno estable, incrementando así la precariedad preexistente de sus condiciones generales. En un estudio realizado en gestantes de los distritos periféricos de Lima, se encontró que el 40% de mujeres referían que sus gestaciones actuales fueron no deseadas. Sin embargo, al indagar en el grupo de adolescentes, este dato se incrementó a casi el 60%³⁵. Asimismo, el documento elaborado por la UNFPA, *La juventud en el Perú*, revela que el 63% de las madres adolescentes hubiesen querido embarazarse más tarde³⁶.

Así mismo, la maternidad temprana implica una condición de vulnerabilidad muy crítica al interrumpir la continuidad escolar y obligar a las jóvenes a una inserción laboral precaria e insegura, haciéndolas más vulnerables a nuevos embarazos bajo condiciones cada vez más adversas³⁷, constituyéndose así un indicador de atraso de desarrollo y síntoma de múltiples problemas sociales que ahondan la pobreza e inequidad de género, y que perennizan la exclusión y la marginalidad en nuevas generaciones.

4.3 LA LIMITADA CAPACIDAD DE AGENCIA DE LAS ADOLESCENTES Y EL ESTIGMA DEL EMBARAZO

En una sociedad todavía muy marcada por las distancias sociales, económicas, étnicas y de género, las distancias generacionales se suman. Esto tiende a agudizarse cuando una adolescente, que aún es una hija bajo tutela de los padres, inicia su vida sexual, hecho que, por más común y extendido que sea, usualmente

³⁵ Tarqui-Mamani, C.; Barreda, A.; Barreda, M.; y Sanabria-Rojas, H. "Prevalence of the attempts to stop pregnancy and associated factors in a marginal suburban community in Lima-Peru, 2006". *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, vol. 27, n.º 1. Lima: Instituto Nacional de Salud, 2010, pp. 38-44.

³⁶ SENAJU. *La juventud en el Perú*. Lima: UNFPA, 2013. Ver en: goo.gl/n83RUi.

³⁷ Näslund-Hadley, E. y Manzano, G. *Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente?* New York: BID, 2011.

no se quiere, se prohíbe y muchas veces se castiga, empeorándose la situación cuando culmina en un embarazo no deseado..

Tamayo³⁸ señala que una de las principales controversias en la sexualidad y la reproducción es la decisión de su propia corporeidad, principio básico de autodeterminación. Sin embargo, más aun para las adolescentes, el cuerpo no es una referencia de autocontrol, sino del “otro”, quién además tiene la fuerza institucional para hacerlo suyo, ya sea como padre, madre, adulto/a o a nivel institucional, como escuela o servicio de salud. Bajo este concepto, las adolescentes no son reconocidas como sujetos de derechos, no solo porque no tienen aún los atributos de las mujeres adultas, sino porque además simbolizan, en muchos casos, valores de castidad, cuya “seguridad” (para no ser agredida sexualmente) depende del *accountability* que algún/a adulto/a le pueda proveer (Mujica, 2015)³⁹.

En este contexto, el embarazo en la adolescencia, en la gran mayoría de los casos, es un evento muy poco aceptado, incluso estigmatizado, asumiéndose muchas veces como un hecho que “devalúa” a la joven. Ello trae como consecuencia el castigo, que se puede expresar en la expulsión de la escuela, de la familia o en el término del trato preferencial que tenía por ser hija para ser luego una persona de segunda clase, reemplazándose así su ya incipiente “agencia” por la “opresión”⁴⁰ (Gamio: 2009). De esta manera el embarazo termina siendo la expresión del fracaso, convirtiéndose en un estado que llama la atención al grupo social, produciendo una “indeseable diferencia”, de la cual se busca distanciarse (Goffman, 1963)⁴¹, y de cuya soledad consecuente se pueden generar condiciones para una muerte prematura.

³⁸ Tamayo, G. *Bajo la piel: derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001.

³⁹ Mujica J, (2015), revista ANTHROPOLOGICA de la PUCP. Trayectorias y ciclos de explotación sexual y trata para la explotación sexual de mujeres en la Amazonía peruana. <http://goo.gl/nj4GvD>

⁴⁰ Galtung, J. *Violencia cultural*. Bizkaia: Centro de Investigación por la Paz, 2003.

⁴¹ Goffman, E. (1963), *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, 2006

4.4 LA EDAD DE LA MUJER GESTANTE COMO FACTOR DE MORBILIDAD

Desde la perspectiva sanitaria, el embarazo adolescente está considerado como un hecho adverso, especialmente en las menores de 15 años, debido a la frecuencia de patologías que suelen encontrarse: desde el desarrollo mismo del embarazo, al tratarse de un cuerpo biológicamente no preparado para la gestación, hasta el hecho de estar sometidas a situaciones de precariedad, las cuales llevan a demoras en el manejo de las complicaciones y atención inadecuada de las mismas⁴².

Un estudio multicéntrico de la OMS⁴³, que recogió información de 124 446 madres menores de 24 años y sus recién nacidos, en 29 países de África, Latino América, Asia y Medio Oriente, encontró que las madres adolescentes entre los 10 y 19 años tuvieron un mayor riesgo de desarrollar eclampsia, endometritis puerperal, infección sistémica, bajo peso al nacer, nacimiento pre-término y condiciones neonatales severas. Incluso se encontró que las cifras de morbilidad extrema grave en adolescentes de entre los 10 y 14 años es igual de alta, o incluso mayor, que las de mujeres mayores de 37 años⁴⁴.

En el caso del Perú, los hallazgos han sido similares. Un estudio realizado en 23 hospitales del Ministerio de Salud⁴⁵ encontró que las adolescentes no solo presentaban mayores desventajas sociales respecto a los otros grupos de edad, sino que a su vez tenían resultados sanitarios más adversos, tales como control

⁴² Organización Mundial de la Salud (OMS). *Mortalidad materna*. Nota descriptiva n.º 348. Ginebra: OMS, 2014. Ver en: goo.gl/1cLnC1

⁴³ Ganchimeg, T.; Ota, E.; Morisaki, N.; Laopaiboon, M.; Lumbiganon, P.; Zhang, J.; et al. "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study". *BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 121. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc., 2014, pp. 40-48. Ver en: goo.gl/nWYcAk

⁴⁴ Oliveira, F.C.; Surita, F.G.; Pinto, E.S.J.L.; Cecatti, J.G.; Parpinelli, M.A.; Haddad, S.M.; et al. "Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study". *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 14, n.º 77. Londres: BioMed Central, 2014, pp. 1-9.

⁴⁵ Huanco, A.D.; Ticona, R.M.; Ticona, V.M.; y Huanco, A.F. "Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008". *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol.77, n.º 2. Santiago de Chile: Scientific Electronic Library Online, 2012, pp. 122-128.

prenatal inadecuado y tardío, morbilidad materna, anemia, infección del tracto urinario, enfermedad hipertensiva del embarazo e infección puerperal. Como resultado de ello, sus hijos también tuvieron una mayor proporción de bajo peso al nacer, prematuridad, desnutrición fetal, depresión al minuto de nacer, morbilidad neonatal, traumatismos al nacer y mortalidad neonatal.

Así mismo, datos reportados en un estudio de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), el 2011⁴⁶, señala una mayor frecuencia de anemia y desnutrición en el caso de adolescentes embarazadas, explicada por la competencia que habría entre el proceso de desarrollo y cambios corporales de la adolescente y las demandas del desarrollo del propio embarazo, incluyendo el crecimiento fetal.

De igual modo, la salud mental de las adolescentes embarazadas también viene siendo un campo de interés a tomar en cuenta, pues se han encontrado altas tasas de depresión en comparación a gestantes mayores⁴⁷. Ello no solo tiene impacto en la salud de las jóvenes mujeres gestantes, sino también en la de los recién nacidos, en quienes se registra menor peso al nacer, entre otras complicaciones⁴⁸.

En el Perú se ha demostrado el mayor riesgo de depresión grave en las gestantes se produce cuando estas se enfrentan a embarazos no planificados o cuando este tiene complicaciones⁴⁹.

⁴⁶ Távora Orozco, L.; Verena Jacay, S.; y Daddor Tozzini, Jennie M. *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal*. Lima: PROMSEX, 2007.

⁴⁷ Monteiro da Cunha Coelho, F.; Tavares Pinheiro, R.; Azevedo Silva, R.; De Ávila Quevedo, L.; Dias de Mattos Souza, L.; Dias Castelli, R.; et al. "Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 35, n.º 1. São Paulo: Scientific Electronic Library Online, 2013, pp. 51-56. Ver en: goo.gl/MfZ2JX

⁴⁸ Hodgkinson, S.C.; Colantuoni, E.; Roberts, D.; Berg-Cross, L.; y Belcher, H.M. "Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers". *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, vol. 23. New York: Elsevier Inc., 2010, pp. 16-22..

⁴⁹ Luna Matos, M.; Salinas Piélago, J.; y Luna Figueroa, A. Depresiones mayores en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 26, n.º 4. Washington D.C.: Scientific Electronic Library Online, 2009, pp. 310-314. Ver en: goo.gl/yBEf0M



Así mismo, en una revisión sistemática donde se evaluaron 57 artículos publicados entre el año 1980 y 2008⁵⁰, se identificó que la depresión y la ansiedad materna estuvieron más asociadas a factores vinculados a la falta de apoyo social, al embarazo no planificado, a los bajos ingresos económicos, a los bajos niveles educativos y a relaciones afectivas de baja calidad.

4.5 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SU VÍNCULO CON LA VIOLENCIA SEXUAL

La violencia de género, y en particular la violencia sexual, se estructuran en base al intercambio desigual. Bajo esta premisa son los varones quienes tienen un poder jerárquico sobre las mujeres, expresándose su efecto en la marginación que estas sufren. Desde esta perspectiva, la violencia sexual se “justifica” en el sentido de que para muchos varones el tener sexo es parte de su “condición” de hombre⁵¹.

En este sentido, las adolescentes que han sido violadas sexualmente y embarazadas son las que finalmente asumen las implicancias del embarazo y, por lo general, también son sujeto de sospecha de haber provocado dicha situación, no solo por su entorno inmediato, sino también por las instituciones que deberían garantizar que esto no ocurra⁵². Bajo este marco, la violencia sexual se convierte en un continuo de lo estructural, que se añade, se interioriza e institucionaliza, convirtiéndose así en una dinámica repetitiva en los distintos espacios que tiene que transitar una adolescente que se embaraza: un hogar donde es recriminada, una escuela donde es expulsada, servicios donde es estigmatizada, etc.

De hecho, esta violencia no podría ser tan articulada si, en este caso, las dominadas no jugaran también un rol, haciéndose esta imperceptible y naturalizándose

⁵⁰ Lancaster, C.A.; Gold, K.J.; Flynn, H.A.; Yoo, H.; Marcus, S.M.; y Davis, M.M. “Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review”. *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 202, n.º 1. New York: Elsevier Inc., 2010, pp. 5-14.

⁵¹ Galtung, J. *Violencia cultural*. Bizkaia: Centro de Investigación por la Paz, 2003.

⁵² Ragúz, M. *Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, femineidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), 1995; Fuller, Norma. *Masculinidades: cambios y permanencias*. Lima: PUCP, 2001.

como proceso, transformándose así en violencia simbólica cuando está instalada y aceptada. Dicha aceptación se expresa no solo en el silencio en las mujeres agredidas, sino también en aquellas que saben que estos hechos están ocurriendo, pero donde las víctimas ante sus ojos son invisibles, como las madres, hermanas, amigas, proveedoras de salud, etc.

Las probabilidades de que las adolescentes sufran algún tipo de agresión sexual han sido ampliamente documentadas desde los años ochenta, como bien lo señala Mujica⁵³. Según esta fuente, hay varios estudios, como el de Conte y Schuerman⁵⁴, o el de Browne y Finkelhor⁵⁵, que indican una prevalencia de hasta 62% de victimización sexual experimentada por las jóvenes mujeres.

Así tenemos que la mayoría de víctimas de violencia sexual son adolescentes mujeres. De acuerdo a estudios desarrollados por el Centro de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), el 80% de las violaciones sexuales ocurren en mujeres menores de 18 años, concentrándose principalmente en mujeres de entre 14 y 17 años, lo que hace suponer que la entrada a la adolescencia se convierte en un punto de vulnerabilidad ante la violación sexual⁵⁶. Estos datos parecen ser universales, pues la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que una de cada tres adolescentes en América Latina ha sufrido una iniciación sexual forzada⁵⁷.

⁵³ Mujica, J.; Zevallos, N.; y Vizcarra, S. *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*. Lima: PROMSEX, 2013.

⁵⁴ R. Conte, J. Schuerman, J. The Effects of Sexual Abuse on Children: A Multidimensional View. *J Interpers Violence*, vol. 2. Thousand Oaks: Sage Publications, 1987, pp. 380-390.

⁵⁵ Browne, A. y Finkelhor, D. "Initial and long-term effects: A review of the research". En: Angela Browne y David Finkelhor, eds. *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage Publications, 1986.

⁵⁶ Mujica, J. *Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el estado de la situación*. Lima: PROMSEX, 2011.

⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud (OPS). *La violencia de género y el VIH-SIDA*. Hoja informativa de la Unidad de Género, Etnia y Salud. Washington D.C.: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2008; y García-Moreno, C.; A.F.M., Henrica; Watts, C.; Ellsberg, M.; y Heise, L. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe*. Ginebra: OMS - Departamento Género, Mujer y Salud, 2005.



Un estudio hecho en Mazan⁵⁸, una pequeña comunidad de la región de Loreto, señaló que al menos el 44% de las jóvenes que iniciaron su vida sexual lo hicieron en un contexto de violencia y que la edad de inicio fue alrededor de los 13.3 años, mientras que el perpetrador tenía alrededor de los 22.6 años. Además, el 56% declaró que se embarazó de su “primer hijo por razones asociadas directamente a la violencia física sexual o a la coacción”. Este resultado es concordante con el estimado que hace Távora cuando señala que en el Perú habría por lo menos 35 000 embarazos producto de violación⁵⁹.

Así mismo, registros levantados por el Ministerios de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, y publicados en su informe *Abuso Sexual. Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*, refieren que entre los años 2002 a 2010 los Centros de Emergencia Mujer atendieron 71 917 casos de violencia a menores de edad, de las cuales más del 30% correspondieron a abuso sexual, y que según el reporte del 2010, 237 adolescentes resultaron embarazadas a consecuencia de dicho abuso, entre las que estuvieron incluidas dos niñas de 11 años.⁶⁰

4.6 ANÁLISIS DE DETERMINANTES DE LA MUERTE MATERNA: LAS DEMORAS “FATALES”.

La mortalidad materna trasciende factores exclusivamente médicos⁶¹ para dar paso a un conjunto de factores sociales, económicos y culturales determinados en gran parte por el deseo de embarazo, el contexto en que este se desarrolla y por la calidad de los servicios a los cuales las mujeres tienen acceso. Bajo este esquema se han diseñado algunos modelos de análisis de los determinantes de muerte

⁵⁸ Mujica, Jaris; Zevallos, Nicolás; y Vizcarra, Sofía. *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*. Lima: PROMSEX, 2013.

⁵⁹ Távora Orozco, L.; Verena Jacay, S.; y Daddor Tozzini, Jennie M. *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal*. Lima: PROMSEX, 2007.

⁶⁰ Viviano Llave, T. *Abuso Sexual. Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), 2012.

⁶¹ Observatorio Salud Sexual y Reproductiva. *Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna*. Hoja Informativa n.º 3. Buenos Aires: CEDES - CREP - IIE/ANM, 2010.

materna, uno de los cuales corresponde al modelo de McCarthy y Maine, cuyo propósito es controlar ciertos eventos a fin de:

- a) Reducir las probabilidades de embarazo.
- b) Reducir las probabilidades de complicaciones durante el embarazo y parto
- c) Reducir las probabilidades de morir a causa de las complicaciones.

En dicho análisis se identifican tres factores contribuyentes a reducir las muertes maternas:

1. Los directos, referidos al manejo oportuno de las complicaciones del embarazo, las cuales usualmente llevan a la muerte.
2. Los intermedios (proximales), que se refieren a las condiciones de salud de las mujeres, lo que implica acceso a los servicios, a la disponibilidad oportuna de insumos, etc.
3. Los lejanos (distales), que se enfocan en el bienestar de la mujer, por lo que están relacionados a su entorno social, económico y cultural. Estos factores pueden referirse al control de la fecundidad, a estar libre de violencia sexual y al reconocimiento de derechos de las mujeres.

La necesidad perentoria de reducir la muerte materna ha llevado a establecer niveles de urgencia de intervención, ubicándose en las causas directas, priorizando así el cuidado de los puntos más críticos de la atención. Esto no implica que no se debe atender las otras dos causas (proximales y distales), aunque el factor distal implique una movilización inmediata a fin de que la emergencia sea atendida con prontitud.



La experiencia ha demostrado que esta “prontitud” suele verse afectada en tres momentos claves, a lo que se ha denominado “demoras”, las cuales pueden ocurrir:

- a) Al momento de buscar atención calificada.
- b) Al momento de identificar un establecimiento de salud.
- c) En el acceso al tratamiento que se requiera.

Las “demoras” identificadas en el modelo de McCarthy y Mayne se focalizan en intervenciones oportunas para salvar la vida de la mujer y evitar su agravamiento, para lo cual se requiere una red de servicios capaces de manejar complicaciones y derivar de manera asistida. Además, para que ello funcione, las mujeres deberían llegar a los servicios de salud con los primeros signos de alarma, por lo tanto, se tiene que trabajar con la lógica de la oportunidad. Ello incluye una mujer informada, redes familiares y comunitarias efectivas, recursos disponibles para el transporte y servicios accesibles con capacidad resolutive, disponibles y accesibles, que no solo provean de la atención inmediata, sino que permitan la derivación asistida a servicios de mayor complejidad. Lamentablemente se ha observado que en casi el 90% de los casos las muertes están determinadas por las demoras, lo que significa que fueron muertes que se pudieron y debieron evitar.



V.
**OBJETIVOS
Y METODOLOGÍA**

**“ LAS VECES QUE
FUE AL CENTRO
DE SALUD SE HA
QUEJADO DE QUE
LA HAN TRATADO
MAL, QUE NO LA HAN
QUERIDO ATENDER O
QUE LE HAN HECHO
DEMORAR MUCHO.”**

(MAMÁ DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

V.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Comprender la vinculación de la violencia como factor asociado a la muerte materna en gestantes adolescentes de dos regiones del Perú.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a. Describir el impacto del embarazo temprano en el entorno social de la adolescente.
- b. Identificar los tipos de retraso que explican el modelo causal de muerte materna según el lugar de estudio.
- c. Identificar los tipos de violencia que han influido en el desencadenamiento de los casos de muerte materna analizados

5.2 METODOLOGÍA

El estudio se realizó en base al análisis de 10 casos de mujeres adolescentes que fallecieron por causas asociadas al embarazo y parto, ocurridas entre los años 2012 y 2014. Estos casos fueron reportados en la región de Piura y en la de Ucayali.

El estudio se basó en la revisión y análisis de las historias clínicas, informes de auditorías que fueron reportados al Ministerio de Salud y la construcción de historias de vida a partir de los testimonios de personas que conocieron a las fallecidas.



Cabe recalcar que ninguno de los casos en el momento del estudio se hallaba en proceso de investigación.

Las historias de vida, método cualitativo biográfico, han sido construidas en base al testimonio de personas que tuvieron algún vínculo directo con las fallecidas, tratándose de combinar pares (amigas, hermanas), cuidadores adultos (padres, madres, tutores) pareja (solo cuando fueron identificados), proveedores de salud y profesores. En este sentido, el proceso de construcción de la historia de vida de estas adolescentes presenta ciertos límites, pues la persona que podría afirmar o desmentir los puntos de vista o afirmaciones no está. Por ese motivo, es necesario contar con varias versiones para así acercarse al hecho central, procurando dar cuenta de una visión menos parcializada, lo que podría ocurrir si solo se recogiera un solo testimonio.

Esto nos ha permitido que, en muchos sentidos, cada historia no sea única, que tengamos varias piezas, muchas veces distintas y sin posibilidades de corroborarlas, porque además se trata de adolescentes cuyas vidas han estado muy circunscritas a los límites del espacio doméstico y comunitario, es decir, prácticamente en el anonimato.

“ **ELLA SIEMPRE VENÍA A SUS CONTROLES, ELLA CUMPLÍA, SOLO QUE POR LA DISTANCIA A VECES EN SUS ÚLTIMOS CONTROLES LLEGABA TARDE, ESE DÍA NOS AVISARON MUY TARDE...** ”

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

Así, se entrevistaron un total de 45 personas, cuyo criterio de inclusión fue haber conocido a la adolescente fallecida. Las entrevistas se distribuyeron tal como se señala en la siguiente tabla (n° 5), en donde las personas adultas (madres) han prevalecido, al igual que el personal de salud.

TABLA N° 5

TOTAL DE ENTREVISTAS REALIZADAS

Informante	Rosi	Sonia	Estela	Gina	Margarita	Anita	Ángela	Lucía	Lesli	Katia	Total
Amiga, hermana (par)	1	1	x	1	1	1	2	1	1	-	7
Padre	1	1	X	1	X	X	X	X	X	X	3
Pareja	1	X	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Madre/ cuidadora/ Adulta	1	1	1	X	1	X	X	1	1	2	8
Profesor/a	1	2	1	1	X	X	X	X	1	X	6
Personal de salud	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	15
Total	6	6	5	6	5	4	4	4	6	4	50



Eje del análisis

La pregunta que se propuso para este estudio fue: ¿cómo se asocia la violencia con el embarazo y la muerte materna de las adolescentes estudiadas?

Las subpreguntas fueron:

- a) ¿Cuál era el contexto de la adolescente fallecida en el momento en que el embarazo irrumpe su vida?
- b) ¿Cuál fue el impacto del embarazo temprano en la vida de la adolescente y su entorno?
- c) ¿Cómo opera la violencia en la toma de decisiones para evitar la muerte materna?

Esto motivó a indagar, tanto en las entrevistas en profundidad como en la guía de observación, los siguientes aspectos:

- a) Tipos de violencia
 - Violencia familiar
 - Violencia sexual
 - Explotación laboral
- b) Redes sociales
 - Redes familiares
 - Redes de pares
- c) Acceso y uso de servicios
 - Acceso geográfico de los servicios de salud
 - Disponibilidad de servicios
 - Personal disponible
 - Barreras



VI.
**RESULTADOS Y
DISCUSIÓN Y DE
LOS REGISTROS
ANALIZADOS**

“ DE PRONTO DEJO DE ESTUDIAR, DE TODOS SE ESCONDIÓ. YA NO QUERÍA IR AL COLEGIO. UNA MAÑANA ME FUI A TRABAJAR Y CUANDO VINE LA ENCONTRÉ TIRADA. ”

(MAMÁ DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN Y DE LOS REGISTROS ANALIZADOS

Las fuentes secundarias

De los 10 casos vistos, cinco corresponden a la región Piura y cinco a la región Ucayali. Sobre las adolescentes fallecidas, cuatro tenían 15 años o menos y seis tenían entre 16 y 18 años, al momento de fallecer. La más joven tenía 13 años.

Respecto a las causas de sus fallecimientos, en tres de los casos sus muertes estuvieron probablemente asociadas al aborto, incluyendo a la niña de 13 años; dos murieron a causa de la eclampsia (en uno de los casos no hay seguridad si la muerte ha sido por eso o por un daño neurológico); dos fallecimientos se dieron por causas indirectas; reportándose además un suicidio y una fallecida durante el puerperio.

Respecto al control prenatal, solo cuatro de ellas tuvieron algún tipo control: una tuvo siete consultas, mientras las otras tres tuvieron entre dos y tres. Así mismo, en nueve de las 10 adolescentes se ha registrado la edad gestacional.

Dos de los fallecimientos ocurrieron en el primer trimestre, uno en el segundo, tres en el tercero y dos murieron durante el puerperio. En dos de los casos no hay datos reportados y solo en uno de ellos hubo un recién nacido que vivió (los otros casos que tuvieron partos a término fueron óbitos fetales o sufrieron de muerte perinatal).

CUADRO N° 1**CARACTERÍSTICAS GENERALES IDENTIFICADAS EN EL EXPEDIENTE**

Nombre	Edad	Control Prenatal (CPN)	Numero de CPN	Momento de la gestación en que fallece	Posible causa de muerte
Rosi	17	SÍ	1 (atención particular)	10 días después del aborto (10 semanas de gestación)	Shock séptico
Sonia	17	NO	S/CPN	Aborto, ocurrido a las 12 semanas de gestación	Shock séptico
Estela	14	NO	S/CPN	Entre 28 y 30 semanas de gestación	Intoxicación por órganos fosforados (suicidio)
Gina	14	NO	S/CPN	Aproximadamente 26 semanas de gestación	Shock hipovolémico por hemorragia secundaria a mola hidatiforme
Margarita	17	SÍ	7	38 semanas aprox.	Eclampsia
Anita	17	NO	S/CPN.	37 semanas	Shock séptico secundario a leptospirosis
Ángela	13	No se registra el dato		Aborto. No se registra en que período de la gestación se dio	Shock séptico
Lucia	18	SÍ	3	Puerperio	Por determinar. Posible problema neurológico
Lesli	16	SÍ	2	Puerperio inmediato. Aproximadamente 38 semanas de gestación	Hemorragia posparto.
Katia	15	SÍ	2	38 semanas aprox.	Eclampsia

(*) Las causas de muerte están basadas en el análisis de las historias clínicas y/o en la causa referida en el documento fuente.

6.1 LOS CASOS INDIVIDUALES ANALIZADOS

>>> ROSI (17 AÑOS)

PROCEDENTE DE LOS ÓRGANOS, TALARA, PIURA.

Gestante adolescente que presentó un aborto a las 10 semanas de gestación. Falleció en su casa, 10 días después de ocurrido el hecho. Se presume que su muerte se debió a un aborto infectado. Los familiares refieren que no acudieron al centro de salud porque consideraban que no era un asunto de riesgo, ya que la adolescente, según su opinión, parecía estar bien. Los datos de la historia no registran el tipo de aborto ni detalles del mismo.

FALLA IDENTIFICADA: EN LA HISTORIA CLÍNICA: SE SEÑALA COMO EL PRINCIPAL PROBLEMA, “LA DEMORA EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN AL NO IDENTIFICARSE UNA SITUACIÓN DE RIESGO”. LA HISTORIA REGISTRA QUE DEBÍO TRATARSE DE UN ABORTO AUTOINDUCIDO. LA HISTORIA CLÍNICA NO PROVEE MÁS INFORMACIÓN.

>>> SONIA (17 AÑOS)

PROCEDENTE DE EL SAUCE, SARAYUYO, PIURA.

Adolescente de 17 años con un embarazo no deseado. Presenta un aborto a las 12 semanas de gestación. Según se reporta en la historia clínica, la paciente negó haberse inducido al aborto, sin embargo se registra que intentó interrumpir su embarazo cinco días después, sin éxito. No se tiene precisión del tiempo entre el inicio del sangrado y la búsqueda de atención médica, pero según lo reportado podría haber pasado entre un día y 10 horas. Los signos y síntomas que se reportan en el centro de salud son compatibles con una sepsis, por lo que se la remite al hospital de referencia, en donde fallece al segundo día de hospitalización



debido a un paro cardiorrespiratorio producto de un shock séptico con punto de partida de aborto séptico.

En la historia se registró la poca colaboración de la familia y la negativa para acompañar a la adolescente cuando fue trasladada al establecimiento hospitalario.

FALLA IDENTIFICADA: SE SEÑALA QUE HAY UNA DEMORA EN INFORMAR AL CENTRO DE SALUD, LO QUE RECIÉN OCURRE CUANDO SU ESTADO SE DETERIORA NOTABLEMENTE. LA FAMILIA SE MUESTRA REACIA A COLABORAR, Y A AUTORIZAR SU TRASLADO. EL DIAGNOSTICO INCLUYE COMO CAUSA PROBABLE DE MUERTE EL ABORTO AUTOINDUCIDO, PUES TAMBIÉN SEÑALAN EL ANTECEDENTE QUE LA ADOLESCENTE FUE PREVIAMENTE AL ESTABLECIMIENTO PARA SOLICITAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, ASPECTO QUE FUE NEGADO.

>>> ESTELA (14 AÑOS)
PROCEDENTE DE CANCHAQUE, PIURA.

Adolescente gestante de 14 años. No se registran en su historia datos previos a la gestación, ni la asistencia a controles prenatales. Según sus familiares tendría siete meses de embarazo. Se registra además que la madre de la adolescente se enteró del embarazo de su hija apenas una semana antes del fallecimiento.

Según los registros, se trataría de una intoxicación por sustancia fosforada, lo que califica como suicidio. Se registra que la adolescente fue hallada por su madre, quién la encontró convulsionando fuera de su casa. Cuando llegó el personal de salud la adolescente ya había fallecido.

FALLA IDENTIFICADA: ADOLESCENTE QUE SE SUICIDA. NINGÚN FAMILIAR DA PISTAS DEL SUCESO.

>>> **GINA (14 AÑOS)**
PROCEDENTE DE SAUCE ALTO, PIURA.

Adolescente gestante de 14 años. Fallece, al parecer (hay muy poca información en su expediente), a causa de un shock hipovolémico debido a una hemorragia secundaria a mola hidatiforme. Según la información con la que se cuenta, la paciente no tuvo controles prenatales ni visitas domiciliarias. Tres días previos a su deceso la adolescente empezó a sangrar en su casa, sin ser trasladada al establecimiento de salud correspondiente.

Según se refiere en la historia clínica, la cual cuenta con muy poca información, la familia se niega a la referencia a un centro de mayor nivel, lo que es de absoluta necesidad para este tipo de complicaciones. Se reporta la urgencia de una aspiración endouterina a fin de controlar la hemorragia.

FALLA IDENTIFICADA: ES UNA PACIENTE SIN CONTROLES PRENATALES. ADEMÁS HAY DEMORA EN LA BÚSQUEDA DE AYUDA POR PARTE DE LOS FAMILIARES Y NEGATIVA DE LOS MISMOS A RECIBIR MAYOR ATENCIÓN. EL DIAGNOSTICO DE FALLECIMIENTO ES HEMORRAGIA POR MOLA HIDATIFORME, LA CUAL DEBIÓ IDENTIFICARSE EN LOS CONTROLES PRENATALES Y SER EXTRAÍDO TEMPRANAMENTE.

>>> **MARGARITA (17 AÑOS)**
PROCEDENTE DE FRÍAS, PROVINCIA AYABACA, PIURA.

Adolescente con gestación a término que fallece aparentemente por eclampsia, tal como se concluye en el informe, que es la fuente de información de este documento. No hay registro de información sobre los signos de alarma durante los controles prenatales (de los cuales tuvo siete). Si bien en el último control se le detecta una elevada presión arterial y cefalea, solo se le administra un sintomático y se la envía a su casa hasta una próxima cita.



Al día siguiente de su control, la adolescente presentó convulsiones. No se le indicó sulfato de magnesio de forma inmediata (tratamiento recomendado en estos casos). Se señala que la zona donde está ubicado el establecimiento de salud es muy alejada y que debido a problemas climáticos no fue posible trasladarla.

FALLA IDENTIFICADA: SE OBSERVA QUE LA GESTANTE NO RECIBIÓ NINGÚN TRATAMIENTO PARA LA COMPLICACIÓN QUE TENÍA, ADEMÁS DE QUE NO SE REALIZÓ EL TRASLADO OPORTUNO.

>>>

ANITA (17 AÑOS)

PROCEDENTE DE MANANTAY, CORONEL PORTILLO, PUCALLPA.

Adolescente de 17 años con 37 semanas de gestación llega a la emergencia presentando cefalea, malestar general, dolor abdominal, contracciones y signos de shock. Se registra que no tiene controles prenatales, aunque sí se reporta que a los cinco meses de gestación se acercó al establecimiento de salud buscando ser controlada, pero que no la atendieron porque según le informaron no cumplía con los requisitos del Sistema Integral de Salud (SIS).

Según los datos de la historia clínica y los resultados de laboratorio, obtenidos después del fallecimiento, se habría tratado de un shock séptico secundario a leptospirosis, para lo cual no recibió antibióticos. El infectólogo encargado de su atención registra retraso en el inicio del tratamiento y en el acceso a la unidad de cuidados intensivos, a donde debió derivarse rápidamente considerando la condición de gestante y el estado de salud en que se encontraba. Así mismo, se evidencia en la historia clínica escaso monitoreo por parte del personal médico, señalando que no recibió la atención adecuada durante seis horas, lo que resultó en una situación crítica. Finalmente se



decidió realizarle una cesárea, pero a pocas horas del puerperio la paciente falleció. En historia clínica no se describe la evolución de la paciente durante las horas en que se encontró en el establecimiento, sin embargo, se observa una terapéutica poco agresiva a pesar de su estado hemodinámico.

La necropsia indica fallecimiento debido a un shock séptico ocasionado por un proceso pulmonar asociado a un proceso infeccioso (leptospira, según los exámenes serológicos obtenidos). Finalmente se concluye que fue una muerte materna indirecta debido a complicaciones de una infección por leptospirosis.

FALLA IDENTIFICADA: DEMORA EN ASISTIR AL CENTRO DE SALUD (LUEGO DE TRES DÍAS DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS), ADEMÁS DE POCO APOYO DE LOS FAMILIARES (CONSIDEREMOS QUE LA PACIENTE LLEGA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y LUEGO QUIEN LA LLEVA SE MARCHA). SEGÚN EL INFORME DE INFECTOLOGÍA, TAMBIÉN HUBO FALLAS EN EL MANEJO UNA VEZ EN EL CENTRO DE SALUD, AL NO ADMITIRLA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE MANERA INMEDIATA.

>>>

ÁNGELA (13 AÑOS)

PROCEDENTE DEL CASERÍO NUEVA ALIANZA
MASISEA, CORONEL PORTILLO, **UCAYALI**.

Niña de 13 años acude al Centro de Salud Nueva Esperanza con síntomas de sepsis. Fue inmediatamente derivada al hospital de



referencia (Hospital Amazónico), donde queda internada por tres días hasta su fallecimiento a causa de un paro cardiorrespiratorio secundario a shock séptico debido a un aborto séptico, sumada a una insuficiencia renal aguda. En la historia clínica se señala el mal estado en que llega la paciente, así como las condiciones en que llega y el poco apoyo del entorno social.

FALLA IDENTIFICADA: DEMORA EN BÚSQUEDA DE ATENCIÓN. POCO APOYO DEL ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR (ES LLEVADA AL CENTRO DE SALUD POR UNA AMIGA, QUE SOLO LA DEJÓ EN EL ESTABLECIMIENTO) . SE SOSPECHA DE COMPLICACIONES DE UN ABORTO AUTOINDUCIDO.

>>>

LUCÍA (18 AÑOS)

PROCEDENTE DE MANANTAY, CORONEL PORTILLO, UCAYALI.

Gestante de 18 años con un parto eutócico, pero que cursa con retención de membranas placentarias, por lo que se le hace un legrado uterino. Según el reporte de la historia clínica no hay mayores complicaciones y la paciente evoluciona favorablemente.

Sin embargo, a los pocos días hace complicaciones de tipo neurológico, las cuales no parecen tener relación con la gestación. Inicialmente es considerado un cuadro “convectivo” que finalmente desemboca en el fallecimiento de la paciente al cabo de cinco días. Entre las sospechas diagnósticas que se plantearon se consideró: ictus cerebral, aneurisma, proceso expansivo y tromboembolia. No se hicieron exámenes que dieran cuenta de la morbilidad.

FALLAS IDENTIFICADAS: FALTA DE EXPERTICIA EN EL MANEJO DE PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS, LLEGANDO A PENSAR QUE SE TRATABA DE UNA PACIENTE CONVECTIVA INCLUSIVE.

**LESLIE (16 AÑOS)****PROCEDENTE DE SAN ALEJANDRO, IRAZOLA, PADRE ABAD, UCAYALI.**

Adolescente gestante de 16 años que, al parecer, presenta un paro cardíaco en su domicilio derivado de las complicaciones en el puerperio inmediato (según la información dada por los familiares, debido a una hemorragia). Se registra en la historia que a pesar del sangrado excesivo que presentaba la paciente, hubo una demora de cerca de tres horas en decidir llevarla al establecimiento de salud (distante a 18 minutos en motocar) llegando sin signos de vida.

Durante su embarazo la adolescente solo tuvo dos controles prenatales. Según un informe realizado por la obstetra, quien le hace la visita domiciliaria, la paciente se niega a ser visitada, al mismo tiempo que la familia se muestra reacia a la atención en el centro de salud.

FALLAS IDENTIFICADAS: RECHAZO DE LA FAMILIA A LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, LO QUE LA LLEVA A NO TENER CONTROLES PRENATALES ADECUADOS. FALLA EN RECONOCER EL RIESGO POR PARTE DE LA FAMILIA.

Se registra que la paciente fallece debido a una falla multiorgánica, probablemente causada por una eclampsia. Aunque la adolescente muere en el establecimiento de salud, llega ya en muy mal estado, falleciendo en la primera hora de su llegada. Según la ficha de registro, desde el inicio de los síntomas hasta que decidieron pedir ayuda pasaron cuatro horas y media, ya que la familia no identificó la situación de riesgo.

Llama la atención en los controles prenatales la presencia de hipertensión arterial, la que fue en aumento. Considerando que en el segundo control la paciente muestra un aumento de la presión arterial, en comparación al control previo, y que se



trataba de un embarazo a término, el manejo debió ser distinto, pudiendo incluso ver la posibilidad de trasladar a la paciente para terminar la gestación. El diagnóstico registrado es muerte materna directa por eclampsia.

FALLAS IDENTIFICADAS: FALLA POR PARTE DEL SISTEMA DE SALUD AL NO IDENTIFICAR LAS COMPLICACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES DE MANERA OPORTUNA. DEMORA EN LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL CENTRO DE SALUD.

*Respecto a las fuentes de información:
contenido y calidad de la información*

La información que se ha encontrado en estos expedientes es de distinto orden, tal como se puede observar en la tabla contigua (tabla n° 6). En algunos casos se va a encontrar un documento denominado “historia clínica” pero que en la mayoría de veces contiene datos inconexos (y lamentablemente con letra ilegible) que no permiten tener una visión de los procedimientos médicos que ha recibido la fallecida. Al parecer no hay un criterio que ordene la documentación de los casos, aun cuando estos son el único medio para hacer las auditorias o, en casos necesarios, podrían ser vitales para el sustento legal, si se requiriera llegar a la justicia.....

TABLA N° 6

DOCUMENTOS QUE CONTIENEN EL EXPEDIENTE MÉDICO DE LAS ADOLESCENTES FALLECIDAS

Nombre	Fuente de información utilizada
Rosi	Ficha de notificación inmediata Ficha de investigación epidemiológica de muerte materna
Sonia	Historia clínica médica Ficha epidemiológica
Estela	Informe de defunción Ficha epidemiológica de muerte materna Informe de campo de muerte materna

Nombre	Fuente de información utilizada
Gina	Ficha de notificación inmediata Ficha epidemiológica de muerte materna Ficha de investigación epidemiológica, autopsia
Margarita	Ficha de notificación de muerte materna Informe de fallecimiento de la Red de Salud
Anita	Historia clínica médica Informe de defunción por leptospitorosis Ficha epidemiológica de muerte materna, Investigación de campo sobre caso de muerte materna Informe de visita de intervención por muerte materna y probable caso de dengue Discusión de caso por parte del Comité Regional de muerte materna y perinatal Informe de primigesta a término fallecida postsíndrome febril en el Hospital Regional de Pucallpa - Equipo de zoonosis Informe de visita de intervención por muerte materna y probable caso de dengue AA.HH. Próceres de Independencia (Manay, Coronel Portillo) - DISA Ucayali
Ángela	Historia clínica médica
Lucia	Historia clínica médica
Lesli	Historia clínica médica Informe visita domiciliaria que se le hizo a la gestante
Katia	Historia clínica médica

6.2 RESULTADOS

En al menos nueve de los 10 casos se confirma que se trataron de eventos que no se hubiesen producido de haber llegado oportunamente a los centros de salud.

En al menos seis de los 10 casos se trataría de embarazos no deseados. De esos casos, tres fueron muertes producto, al parecer, de abortos practicados en muy malas condiciones (Rocío, Sonia y Ángela), aun cuando una de ellas fue al establecimiento de salud a fin de que la ayudaran a interrumpir su embarazo. Así



mismo, es muy probable que los embarazos de los tres casos mencionados fueran descubiertos tardíamente por la familia, incluyendo el de la adolescente que se suicidó (Estela), quien tenía un embarazo avanzado. En base a cómo se sucedieron los hechos en los 10 casos analizados, podemos constatar que:

1. Las adolescentes se demoraron en ir a un establecimiento de salud, a lo que se suma el poco apoyo que encontraron en su entorno social.
2. Dicho retraso también se traduce en la falta de asistencia a los controles prenatales, o al inicio tardío de estos, donde solo una de las gestantes tiene registrada su asistencia a siete controles.
3. Existió una pobre respuesta de los establecimientos de salud. El caso más dramático es tal vez el de Anita, quien presentó una leptospirosis, enfermedad bacteriana endémica que no se le diagnostica, y que cuando finalmente se le evalúa, no se siguen los procedimientos correctos, perdiéndose valiosas horas, lo que la lleva a la muerte. Esto mismo ocurrió en el caso de Margarita y Katia, quienes finalmente desarrollan una eclampsia que no es atendida, incluso cuando los síntomas alarmantes son identificados previamente por el personal de salud.

Sobre el último punto, llama la atención las precarias respuestas a lo casos que se presentaron pues siendo la mortalidad materna un tema tan sensible, sobre el cual se viene trabajando para prevenirlo y existiendo la tecnología necesaria para ello, así como los procedimientos que pueden ser seguros en establecimientos de primer nivel (como es el caso de la Aspiración Manual Endouterina –AMEU– y el misoprostol, muy útiles para las hemorragias obstétricas), no se haya brindado un adecuado servicio y así evitado estas muertes. Preocupa, además, que las intervenciones solo se estén centrando en la derivación, cuando hay serios problemas de traslado que son difíciles de controlar, como los eventos climáticos. De hecho, el funcionamiento de una red de servicios y la derivación asistida es sumamente importante, aunque lo es también el traslado de una paciente más estabilizada.

Finalmente, la única muerte que probablemente pudo estar fuera del control del centro de salud, ha sido la de Lucia, que al parecer falleció por una complicación neurológica.



VII.
**HISTORIAS DE VIDA
DESDE LA MIRADA
DE LOS OTROS:
RECONSTRUYENDO
LOS PEDAZOS...**

**“ALGUNAS VIENEN
RECIÉN EN EL TERCER,
CUARTO MES. ESTO SE
DEBE A QUE EL PAPÁ
NO SABE, PORQUE
MUCHAS SON MADRES
SOLTERAS, ENTONCES
NO VIENEN A
CONTROLARSE NUNCA.”**

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

VII.

HISTORIAS DE VIDA DESDE LA MIRADA DE LOS OTROS: RECONSTRUYENDO LOS PEDAZOS...

En esta sección se ha buscado identificar a las adolescentes y comprender sus vínculos y relaciones a través de las personas que las rodearon, así como sus percepciones sobre ellas. De hecho, este se trata de un ejercicio que proviene de terceros, pues aun cuando estas personas hubiesen estado totalmente compenetradas con las fallecidas, cada una tiene su propia manera de ver y entender las cosas.

Un segundo aspecto a tener en cuenta es que la visión que hay sobre estas adolescentes podría ser muy distinta a la de otras madres jóvenes que lograron sobrevivir. En ese sentido, lo que se busca con este análisis está más relacionado probablemente a las condiciones de vulnerabilidad que resultaron catastróficas y que no pudieron superar, y no de aquellos elementos positivos que han contado otras adolescentes que han estado probablemente en las mismas condiciones pero que lograron sobrevivir.

Una tercera acotación es que aunque se ha tratado de reconstruir la vida de estas adolescentes a través de los testimonios, siempre hay un retorno hacia los días previos al fallecimiento, lo cual también nos remite solo una etapa crítica de su vida y muy poco a lo que han sido estas adolescentes más allá del embarazo.



7.1 SUS SUEÑOS Y PROYECTOS DE VIDA

Se han identificado distintas visiones que las y los entrevistados tienen sobre las adolescentes fallecidas. Por un lado, una visión prejuiciosa y fatalista que suele haber desde la perspectiva de los y las adultas y, por otro, proyectos y expectativas. Sin embargo, todos coinciden que estas adolescentes que fallecieron estaban afectadas por la pobreza y la vulnerabilidad, y que aunque tenían sueños, estos estaban limitados por la urgencia de la sobrevivencia.

En este sentido, se han identificado al menos dos estándares de valoración del futuro de estas adolescentes:

- a) Quienes consideraban que estas adolescentes no tenían futuro y, por ende, sus destinos estaban marcados por el fatalismo. Esta percepción ha estado mucho más presente en los proveedores de salud o en personas cuyo vínculo no parece ser muy sólido, dando cuenta así de una relación poco empática con estas adolescentes.

AQUÍ SON POCAS LAS ADOLESCENTES QUE TIENEN APOYO FAMILIAR. NO TIENEN VISIÓN DE FUTURO, NO VAN A TENER UNA CARRERA, QUÉ SE YO. LA VISIÓN DE ELLOS ES TENER UN HIJO, ENCONTRAR UNA PAREJA, HACER UNA FAMILIA, ES EL CAMINO MÁS RÁPIDO PARA ELLAS. SOLO QUIEREN SENTIRSE UN POCO MÁS LIBRES. TOMAN UNA DECISIÓN CREYENDO QUE ES LO CORRECTO PARA ELLOS

(PROVEEDORA DE SALUD DE UCAYALI. CASO LESLI).

ELLA QUERÍA TRABAJAR Y YO LE DECÍA: “PRIMERO ¡ESTUDIA!, ¡ESTUDIA!, SINO, NO TE VAN A DAR NINGÚN TRABAJO... PORQUE SI TE DAN UN TRABAJO, TIENES QUE SABER, SINO, ¿CÓMO TE VAN A DAR UNA CHAMBA?” AL FINAL ELLA DIJO QUE LE DABA VERGÜENZA, “¡ME DA ROCHE!”, Y ASÍ SE QUEDÓ EN LA CASA.

(ABUELO DE GINA. PIURA. CASO GINA).

- b) Aquellos que señalan que estas adolescentes sí estaban buscando salir de su condición de pobreza, aunque reconociendo que dicho tránsito incluía grandes sacrificios. Esto ha sido expresado principalmente por aquellas personas que al parecer tenían vínculos más cercanos, que conocían mejor a estas jóvenes, especialmente sus pares.

ELLA ME DIJO: “MAMI QUIERO ESTUDIAR, QUIERO SER ALGO PARA AYUDARLOS A USTEDES”. NOSOTROS LE DECÍAMOS: “SÍ HIJITA, TE VAMOS AYUDAR TODO LO QUE PUEDA”. ELLA QUERÍA ESTUDIAR, SER DOCTORA.

(MAMÁ DE LESLI. UCAYALI. CASO LESLI).

A ELLA SI LE GUSTABA IR A LA ESCUELA, CUANDO CONVERSÁBAMOS ELLA DECÍA QUE QUERÍA SER ALGUIEN EN LA VIDA: “¡NO QUIERO QUEDARME ASÍ, SIN NADIE!, ¡YO QUIERO ESTUDIAR!”.

(AMIGA DE ADOLESCENTE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

SU PENSAMIENTO ERA CANTAR... ¡SÍ!, ELLA CANTABA LINDO, PERO YO LE DECÍA, PRIMERO TERMINA TUS ESTUDIOS, DE AHÍ YA VERÁS PUES.

(MAMÁ DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

7.2 LAS REDES SOCIALES: LOS SOPORTES FALLIDOS

Las adolescentes fallecidas son recordadas por los distintos informantes como adolescentes comunes, representativas del lugar, pero también como personas que sufren el poco aprecio de los suyos, con redes sociales muy circunstanciales al entorno del hogar y de la escuela. Solo en un caso se hace referencia a que una de las jóvenes tenía otros espacios de socialización (encuentros para bailar). Al parecer, los espacios de socialización con adolescentes varones son muy pocos, por lo que, en la mayoría de los casos, las parejas de las adolescentes no



han sido conocidas, lo que podría indicar que se trata de relaciones escondidas, relaciones ocasionales o, lo que es peor, de embarazos que resultaron producto de violaciones.

ELLA NO SALÍA, TENÍA POCOS AMIGOS... SUS AMIGOS TAMPOCO. ACÁ NO ES COMO EN MI PUEBLO QUE TIENEN AMIGOS. ACÁ NO, ESTÁN EN SU CASA NOMÁS. SÍ, EN SU CASA NOMÁS, HACÍAN SU TAREA Y DE AHÍ YA A DESCANSAR. AQUÍ NO SE TIENE MUCHOS AMIGOS... NO SE FRECUENTABA MUCHO, NO SE VISITABAN.

(MAMÁ DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

ERA UNA CHICA AISLADA. ESTABA SOLO EN SU CASA, NADA MÁS QUE CON SU FAMILIA. TÚ NO LA VEÍAS EN NINGÚN SITIO, PUES ELLA ERA UNA CHIQUITA DE 13 AÑOS, BIEN COMPLICADA LA SITUACIÓN DE ÁNGELA, ¿VERDAD?

(PROVEEDOR DE SALUD. UCAYALI. CASO ÁNGELA).

Así tenemos que en estos caso las redes de socialización de las adolescentes no solo fueron pequeñas, sino que también, al parecer, precarias y vulnerables, pues ante el hecho del embarazo, la mayoría de ellas experimentó una clara ruptura con dichas redes.

ELLA ERA POCO AMIGUERA, CUANDO SE ESCAPÓ Y SALIÓ EMBARAZADA, YA NO SE VOLVIÓ A ENCONTRAR CON SUS AMIGOS.

(PAPÁ DE GINA. PIURA. CASO GINA).

LUCIA NO TENÍA AMIGOS, SIEMPRE ESTABA SOLA, Y CUANDO SE CONOCIÓ CON SU MARIDO, SOLO CON ÉL ESTABA.

(“CUÑADA” DE LUCIA. UCAYALI. CASO LUCIA).

ELLA TENÍA ALGUNAS AMIGAS, ELLA LE CONTABA SUS PROBLEMAS, QUÉ PASABA, QUÉ NO PASABA. HABÍA UNA SEÑORA QUE ELLA LE CONTABA... MÁS BIEN, A NOSOTROS COMO FAMILIA, MI SOBRINA NUNCA DECÍA “TENGO ESTE PROBLEMA”... NUNCA ME CONTÓ NADA

(TÍA DE LUZ. PIURA. CASO LUZ).

Las redes que muchas tuvieron con sus pares, tampoco constituyeron un buen soporte para enfrentar el embarazo, acrecentando aún más su vulnerabilidad.

LA VERDAD ES QUE NOSOTROS NOS ENTERAMOS QUE ESTABA EMBARAZADA DESPUÉS DE QUE SE FUE EL CHICO. YA DESPUÉS NOS CONVERSÓ QUE ESTABA EMBARAZADA.

(AMIGA DE ADOLESCENTE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

NO ESTOY MUY ENTERADA, ELLA VINO ACÁ, ME DIJO QUE NECESITABA 50 SOLES PORQUE DECÍA QUE SE IBA IR A LA POSTA PORQUE LE DOLÍA LA BARRIGA... PORQUE YA NO ESTABA EMBARAZADA AHÍ... YO LE DIJE: ¡PERO DILE A TU TÍA PARA QUE TE LLEVE!”, PERO ELLA SOLO ME DECÍA: “NO ME SIENTO BIEN” ELLA NO CONTABA LO QUE LE ESTABA PASANDO.

(AMIGA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

7.3 PRÁCTICAS DE SOCIALIZACIÓN. LA COTIDIANEIDAD DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia familiar, el maltrato físico, es descrito como un hecho frecuente en las familias, sobre todo, en el caso de las adolescentes fallecidas, quienes no solo fueron testigos sino también víctimas. En la mayoría de los casos, esta violencia al parecer es ejercida principalmente por las madres, quienes a su vez son probablemente víctimas de violencia por parte de sus parejas. Varios de los testimonios señalan que la violencia doméstica ha sido un factor determinante del embarazo temprano.



YO LE PREGUNTABA HASTA EL ÚLTIMO: “DIME LA VERDAD, ¿POR QUÉ TE HAS ACOGIDO BASTANTE A MÍ?, ¿POR QUÉ CREES QUE ME QUIERES?”, Y ELLA ME CONTESTÓ PORQUE SE LLEVABA MAL CON SU MAMÁ Y SU PADRE, QUE ELLOS LE PEGABAN, LA DEJABAN CON HUELLAS... ASÍ LA TRATABAN ANTES DE CONVIVIR.

(PAREJA DE LESLIE. UCAYALI. CASO LESLIE).

TODOS DECÍAN QUE SU MAMÁ MUCHO LE PEGABA, INCLUSO CUANDO LA MUCHACHA SE PUSO MAL (COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA), SU MAMA LE PEGÓ... Y DICEN QUE EN REALIDAD POR ESO LA NIÑA HABÍA MUERTO.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

SU PAPA DONDE ESTARÁ, ÉL ES UN VIEJO MUY MUJERIEGO ERA, ÉL NUNCA SE HIZO CARGO DE NADA.

(MAMÁ DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

La violencia familiar es considerada especialmente por los y las profesoras, así como por las y los trabajadores de salud, como un serísimo problema que afecta a las adolescentes. Por ello, no se debería perder de vista la existencia de cierto prejuicio de parte de estos agentes del Estado y de cómo perciben a las familias que se enfrentan a estas situaciones, especialmente a las mujeres de las comunidades.

SU MADRE NO TENÍA MUCHA EXPECTATIVA DE ALGÚN PROGRESO O DE QUE ESTUDIE. SU MADRE NO ERA DE LA CIUDAD, SINO DEL CAMPO Y ERA MUY TÍMIDA Y HABLABA BAJITO. ERAN SOLO ELLA, SU MAMÁ, SU PAPÁ Y SU HERMANA.

(PROVEEDORA DE SALUD, UCAYALI. CASO LUCIA).

MÁS QUE TODO AQUÍ ES POR LA FALTA DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES, NO HAY APOYO FAMILIAR, SIMPLEMENTE SON PERSONAS QUE NO TIENEN UN GRADO DE INSTRUCCIÓN.

HAY QUIENES SON ANALFABETAS, SUS FAMILIAS SON DISFUNCIONALES O PORQUE ESPERAN QUE SUS HIJAS A TEMPRANA EDAD FORMEN APARTE SU FAMILIA, PORQUE SON UNA CARGA MENOS PARA ELLOS, PORQUE QUIEREN QUE LA HIJA SEA RESPONSABILIDAD DE SU PAREJA.

(PROVEEDORA DE SALUD, PIURA. CASO GINA).

PORQUE HAY LA IDEA DE QUE LA HIJA FORME APARTE SU FAMILIA, PORQUE TIENE QUE SER UNA CARGA MENOS PARA ELLOS, PORQUE ELLA (LA ADOLESCENTE), DEBE PASAR A SER PARTE DE LA RESPONSABILIDAD DE SU PAREJA.

(PROVEEDOR DE SALUD. PIURA. CASO GINA).

7.4 SUS VÍNCULOS CON LA ESCUELA

La mayoría de las 10 adolescentes de los casos presentados estaban en la escuela o la habían abandonado a causa del embarazo. Esto significa que la escuela fue el primer espacio de encuentro institucional a los que estas adolescentes han tenido que enfrentarse. Sin embargo, es muy poco lo que al parecer estas instituciones aportaron a estas adolescentes, donde al parecer su presencia ha pasado inadvertida o fue ignorada.

Lamentablemente, ninguna de estas adolescentes, de acuerdo a los testimonios recogidos, ha sido importante para sus profesores, pues en ningún caso asumieron acciones que hubiesen sido relevantes para su protección, no solo para la prevención del embarazo sino durante la complicación del mismo, lo cual se puede apreciar en los siguientes testimonios.

LA PROFESORA ME DIJO QUE LE HABÍA PEDIDO PERMISO PARA IR AL DOCTOR PORQUE ESTABA CON LA GRIPE. A PESAR QUE LLORABA, NUNCA LE DIJO QUE ESTABA EMBARAZADA.

(PAPÁ DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).



LAS CHICAS NO HABLAN QUE ESTÁN EMBARAZADAS, LA ULTIMA LA CHICA DEL COLEGIO QUE SE EMBARAZO FUE UNA DE 3RO. ESTABA EN EL COLEGIO CON CHOMPA ANCHA PARA QUE NO SE LE NOTE, ASÍ LOS PROFESORES NO SE ENTERABAN.

(AMIGA DE ADOLESCENTE. PIURA. CASO ROSI).

NO QUERÍA ESTUDIAR PORQUE TENÍA PROBLEMAS, NO LE ENTRABA EL CONOCIMIENTO... NO SE ENTENDÍA CON EL PROFESOR, NO LE EXPLICABAN BIEN.

(PAREJA DE LESLI. UCAYALI. CASO LESLI)

En base a los testimonios se puede observar muy poca empatía de las y los profesores con las fallecidas, llegando incluso a presenciar un serio problema de discriminación pues, al parecer, las adolescentes que fallecieron no respondían a los estándares esperados de lo que debería ser una “buena” alumna, generándose así una distancia mayor aún entre la adolescente y su entorno.

ELLA VINO TRASLADADA DE OTRO LUGAR. DONDE VIVÍA NO TENÍA DÓNDE ESTUDIAR Y POR ESO LA MATRICULARON GRANDE EN EL PRIMER GRADO. SIEMPRE TENÍA PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO. VENÍA CON EL CABELLO TEÑIDO, LLEGABA TARDE, NADIE LA CONTROLABA. ELLA BIEN MOVIDA UNA VEZ SU MAMÁ VINO A BUSCARLA AL COLEGIO Y NOS DIJO QUE SU HIJA NO LLEGABA HACE TRES DÍAS. FINALMENTE DECIDIMOS RETIRARLA, Y PARA NO ESTAR MALOGRANDO LAS CUENTAS, YA NO LA METIMOS EN LAS ACTAS. CUANDO INDAGAMOS POR ELLA, YA TENÍA PAREJA.

(PROFESOR DE LESLI. UCAYALI. CASO LESLI).

ELLA SÍ ESTUVO ESTUDIANDO, HASTA EL SEGUNDO AÑO LA HE TENIDO POR PALO BLANCO. EMPEZÓ TARDE A ESTUDIAR. ELLA EMPEZÓ COMO A LOS 10 AÑOS, SOLO TRES AÑOS

ESTUDIO, PORQUE SE MURIÓ A LOS 13. ELLA NO QUERÍA IR A LA ESCUELA PORQUE ESTABA GRANDECITA Y LE DABA VERGÜENZA ESTAR EN UN SALÓN DE CHIQUITOS.

(PAPÁ DE GINA. PIURA. CASO GINA).

Es evidente que la escuela para estas adolescentes tampoco funcionó como un espacio de protección.

NUNCA LE PREGUNTÉ SI FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA, A LO MEJOR SI LE PREGUNTABA ME HUBIESE DICHO ALGO, PERO LA VEÍA POCO, AL MES FALTABA TRES VECES, Y MUY SEGUIDO LLEGABA TARDE. ERA MUY MALA ALUMNA, REPITIÓ EL PRIMER AÑO. CUANDO PREGUNTAMOS PORQUE YA NO VENÍA SUS COMPAÑEROS NOS DIJERON: “YA NO VA A VENIR, TIENE SU MARIDO”.

(PROFESORA DE LESLI. UCAYALI. CASO LESLI).

Cabe recalcar que incluso a aquellas adolescentes que sí cumplían con las “características esperadas” tampoco les fue suficiente para establecer una adecuada empatía con sus profesores/as, haciéndose difícil encontrar puentes que hubiesen contribuido hacia una resolución diferente.

ERA BIEN ESTUDIOSA, BUENA CHICA, LE GUSTABA EL ESTUDIO. ERA BIEN APLICADA Y POR ESO ME EXTRAÑÉ CUANDO NO LLEGÓ. ELLA DESAPARECIÓ ASÍ NOMÁS, NO RECUERDO CUANDO SE FUE, CREO QUE FUE A MEDIADOS DE AÑO, ENTRE JULIO Y AGOSTO. NO SUPE YA NADA DE ELLA HASTA QUE UN DÍA SUPIMOS QUE ESTABA EN UNA CASA.

(PROFESORA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

ERA UNA NIÑA QUE CUMPLÍA CON SUS TRABAJOS PERO TENÍA RENDIMIENTO MEDIO. PARECE QUE SÍ LE GUSTABA EL COLEGIO PORQUE VENÍA SIEMPRE, VENÍA BIEN UNIFORMADITA



Y ERA LA PRIMERA EN LLEGAR. PERO LUEGO SUS INASISTENCIAS SE HICIERON FRECUENTES. POR SU MAMÁ SUPIMOS QUE NO VENÍA PORQUE ESTABA EMBARAZADA.

(PROFESORA DE ESTELA, PIURA. CASO ESTELA).

ERA UNA CHICA POCO CALLADA, NO ERA TAN LIBERAL, POR ESO CUANDO SALIÓ EN ESTADO NOS SORPRENDIÓ PORQUE SIEMPRE LA VEÍAMOS TRANQUILA, NUNCA LA VEÍAMOS CON NADIE.

(PROFESOR DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

Ni la valoración ni el apoyo que habrían podido tener sus padres para que las adolescentes continuaran en el colegio parecen haber sido suficientes para comprometer a las y los profesores.

YO NO LE HACÍA PERDER UN SOLO DÍA, PORQUE ERA LA ÚNICA QUE ESTABA ESTUDIANDO SECUNDARIA PUES MIS OTROS HIJOS NO LO HABÍAN LOGRADO... HAY UNO QUE INCLUSO NI LA PRIMARIA HA TENIDO. A VECES YO SUS COSAS LE HACÍA. LE COCINABA, LE LAVABA A VECES. A ELLA NO LA MANDABA A CHACRA, LE DEJABA QUE ESTUDIE. NOSOTROS NO SABÍAMOS NADA Y UN DÍA NOS LLAMAN DE LA POSTA Y FUE ALLÍ QUE NOS DIJERON QUE ESTABA EMBARAZADA.

(. MAMÁ DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

Al parecer sus compañeros tampoco lograron identificar la situación que estaban atravesando las adolescentes, tal como se puede observar en el siguiente testimonio.

ESTUDIO HASTA EL 3RO. DE SECUNDARIA. ASISTIÓ AL COLEGIO... LUEGO SE FUE CON UN CHICO Y YA NUNCA VOLVIÓ AL COLEGIO HASTA QUE MURIÓ...

(AMIGA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

ELLA IBA NORMAL AL COLEGIO... NO VIMOS CAMBIOS... LE GUSTABA JUGAR ALLÍ PUES EN LA HORA DE FÍSICA ESTABA NORMAL.

(AMIGO DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

7.5 EL INICIO SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES, AGUJERO OSCURO: SIN INFORMACIÓN

Es muy poco lo que se conoce acerca del inicio sexual o de los itinerarios sexuales de las adolescentes implicadas en esta investigación. Esto es así pues ellas no están para hablar de sus experiencias y porque la sexualidad en las adolescentes, especialmente de las más pequeñas, es un asunto que no se reconoce y del que no se habla, a pesar de que el inicio sexual temprano sea una práctica bastante extendida. Lo que es cierto es que este no es un asunto que las adolescentes compartan con sus pares, y mucho menos con los mayores, tal como se puede apreciar en los siguientes testimonios.

LA CITE Y LE PREGUNTE SI NECESITABA AYUDA, LE PREGUNTE QUE SI HABÍA TENIDO RELACIONES Y SI ESTABA EMBARAZADA. ELLA ME LO NEGÓ HASTA EL FINAL.

(PROFESORA DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

TUVIMOS EL CASO DE UNA NIÑA DE 2DO. DE SECUNDARIA DE 13 AÑOS QUE VINO DESMAYADA. LA EVALUAMOS Y EL MÉDICO ME DIJO QUE LE PREGUNTARA SI HA TENIDO RELACIONES SEXUALES, PERO COMO YA LE HABÍA EVALUADO SABÍA QUE SÍ. LE PREGUNTE: “¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?” ELLA DIJO: “¡NUNCA!”, “¿ESTAS SEGURA?”, LE PREGUNTÉ. LE DIJE: “PERO YO PUEDO VER QUE SÍ”, PARA QUE CONFIRME... ELLA EMPEZÓ LLORAR, ME DIJO QUE SÍ, PERO SOLO UNA VEZ, NO PENSÓ QUE IBA A SALIR EMBARAZADA.

(PROVEEDORA DE SALUD, PIURA. CASO GINA).



En realidad, en la mayoría de las entrevistas, a pesar de haber incluido preguntas relativas a la vida sexual de las involucradas, no se han tenido respuestas claras, derivándose la conversación al embarazo como un tema crítico y que partir de su “descubrimiento” se desencadenaron una serie de sucesos que, lamentablemente solo ellas conocían y cuyo secreto guardaron con sus muertes.

ELLA NO QUERÍA SALIR EMBARAZADA, PERO SALIÓ. ME DIJO: “AY VECINA, ESTOY EMBARAZADA Y ¿AHORA QUÉ HAGO?”. YO LE DIJE: “QUÉ VAS HACER, TIENES QUE TENERLO”. YO LE DIJE: “POR QUÉ NO TE CUIDAS”, Y ELLA CONTESTÓ: “NO ME GUSTA TOMAR ESAS COSAS”.

(AMIGA DE LUCIA. UCAYALI.)

LO QUE SÉ ES QUE EL EMBARAZO NO HA SIDO DESEADO. PERO COMO NO SABEMOS EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS SE EMBARAZÓ, NO SABEMOS SI FUE VIOLENCIA SEXUAL. PERO SÍ, DEFINITIVAMENTE PARA ELLA NO FUE DESEADO.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLIE.)

Aun cuando no hay mucha información respecto a la violación sexual, hay fuertes indicios de que se trata de un fenómeno recurrente en este grupo, además de identificar que dos de las víctimas tenían 13 años, edad que según el Código Penal Peruano, se considera carencia de autonomía para determinar su comportamiento sexual, siendo consideradas víctimas de violación sexual.

TODOS DICEN QUE SU PRIMER HIJO FUE DEL ABUSO Y SU SEGUNDA HIJA NUNCA LA RECONOCIÓ EL SEÑOR. ELLA SIEMPRE HA TENIDO PROBLEMAS CON SUS PADRES, SIEMPRE HUBO VIOLENCIA. YO PIENSO QUE TIENE ALGÚN TIPO DE RETARDO, ES DECIR, TENÍA PROBLEMAS, DIFICULTADES PARA CONVERSAR. PERO CUANDO HABLABA CON ELLA, PARECÍA COMO SI TUVIESE LA IRA GUARDADA.

(PROFESORA DE COLEGIO DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA.)

EL AÑO PASADO TUVIMOS UN CASO DE EMBARAZO, FUE POR

VIOLENCIA... PERO DE SU PAPÁ, QUIEN AHORA ESTÁ EN LA CÁRCEL. LA NIÑA TENÍA 14 AÑOS. ESTE PAPÁ ERA DE LA RELIGIÓN.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

Es recurrente el problema de impunidad frente a este tipo de abusos pues, como los propios informantes señalan, los casos no suelen ser denunciados, convirtiéndose en parte de “lo que se dice”, sin que se haga nada al respecto.

ACÁ HAY MUCHOS CASOS QUE NO SON REPORTADOS, PERO A LA HORA QUE VIENEN A LA CONSULTA TE LO DICEN PORQUE... “¡NO SEÑORITA A MÍ ME COGIERON!”. Y A VECES SUELE SER PORQUE CAMINAN, LOS SITIOS SUELEN SER BIEN LEJANOS, PARA CUANDO ELLOS VIENEN A ESTUDIAR, NO TODOS VIVEN ACÁ EN EL MISMO DISTRITO QUE SON 40 MINUTOS O UNA HORA DE CAMINO, Y EN ESE TRAYECTO SALEN PERSONAS INESCRUPULOSAS Y SE APROVECHAN DE LA NIÑA QUE PASO POR AHÍ SOLA... Y ME DICEN: “¡NO, A MÍ ME COGIERON SEÑORITA!”. MUCHOS ACÁ ¡CALLAN! Y SI LA MUCHACHA SE EMBARAZA, LA FAMILIA HACE ARREGLO.

(PROVEEDORA DE SALUD UCAYALI).

AQUÍ NO SE VE DENUNCIAS, TODO SE LO GUARDAN, SE LO CALLAN, COMO SI FUESE YA NORMAL... SI SE LES PUEDE VER EL RECHAZO QUE SE LE TIENEN A LA MAMÁ CON EL BEBE DENTRO DE LA BARRIGA. UNO MUCHAS VECES LE DICE: “¿MIRA LO VES A TU BEBE, LO ESCUCHAS A TU BEBE?”. ES COMO SI LO LLEVAS YA PARA CUMPLIR Y ALLÍ NO HAY APEGO.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI).

7.6 EL DESCUBRIMIENTO DEL EMBARAZO



Para la mayoría de estas adolescentes, los embarazos al parecer no son una situación esperada, ni muchos deseada. El embarazo temprano es reprobado, estigmatizado y aunque sea un fenómeno extendido, su ocurrencia produce vergüenza y es percibido como un fracaso. Y aunque haya adolescentes y familias que terminan aceptándolo, ello no implica que las futuras madres, y sus entornos, estén liberadas de angustias y vicisitudes.

ELLA TENÍA MIEDO QUE LE PEGARAN, POR ESO NUNCA DIJO QUE ESTABA EMBARAZADA. YO NO LE PENSABA PEGAR, PERO SI LE DIJE QUE ENTREGUE A LA CRIATURA PARA QUE PUEDA SEGUIR ESTUDIANDO. YO SOLO LE DIJE, YA TODO LO HABÍA ECHADO AL AGUA. ¡TANTO SACRIFICIO PARA QUÉ!, ¡AL AGUA! CON EL MAYOR NO HA SIDO ASÍ... ÉL SÍ HA ACABADO SUS ESTUDIOS.

(MAMÁ DE ESTELA).

CASI SIEMPRE PARA LA FAMILIA ES UNA VERGÜENZA. POR ESO LES LLAMAN LA ATENCIÓN, LES CRITICAN, PUES A LAS FAMILIAS TAMBIÉN LES PREOCUPA QUE LA GENTE ESTÉ HABLANDO.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

El embarazo adolescente también implica una sanción social más allá de las familias. Las adolescentes estudiadas en este trabajo fueron reprobadas por su entorno, excluyéndoseles de los limitados espacios en los que podían desplazarse, siendo, por ejemplo, expulsadas de la escuela o recluyéndolas, o autorrecluyéndose, tal como se puede ver en los siguientes testimonios.

SIEMPRE LOS PAPÁS SE HAN NEGADO A QUE VENGAN LAS MUCHACHAS EMBARAZADAS AL COLEGIO PORQUE DICEN QUE ES UN MAL EJEMPLO. NOSOTROS HEMOS CONVERSADO CON ELLOS, LES HEMOS DICHO QUE LAS CHICAS ESTÁN

AMPARADAS POR LEY Y LES DECÍAMOS A VER SI FUERA SU HIJA, PERO NI ASÍ COMPRENDEN.

(PROFESOR DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

ELLA PERMANECÍA COHIBIDA, NO QUERÍA SALIR, NI ENTREVISTARSE CON NOSOTROS. YO CREO QUE ANTES DE EMBARAZARSE TENÍA UNA VIDA DIFERENTE, HABRÁ SIDO LIBRE, MÁS SOCIABLE, SEGURO HABRÁ TENIDO LA ILUSIÓN COMO TODA NIÑA DE HACER ALGO EN LA VIDA, PERO LO TRUNCÓ EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLIE).

Al parecer con el embarazo la limitada agencia que tenían las adolescentes termina por agotarse. Lo que se entiende de los testimonios recogidos es la “devaluación” social de las adolescentes gestantes, lo que produce que sus precarias redes, en la mayoría de los casos, se destruyan, teniendo cada vez menos posibilidades de elegir sus opciones.

ROSI HA SIDO UNA BUENA CHICA, SUS TÍOS NO SUPIERON DARLE EL CARIÑO Y ELLA TUVO QUE SALIR DE ESA CASA. LE DIJIMOS MUCHAS VECES QUE REGRESE, PERO TAMBIÉN SABÍAMOS DE SU SITUACIÓN EN LA CASA DE SU TÍA Y POR ESO TUVO QUE QUEDARSE A VIVIR CON EL CHICO...UNOS POCOS DÍAS ESTABA CONTENTA, PERO LUEGO LE PEGABA. YO NUNCA ENTENDÍ COMO UNA PERSONA PUEDE ESTAR CON ALGUIEN QUE LE PEGA TANTO.

(AMIGA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

EL MUCHACHO (LA PAREJA) CUANDO SUPO QUE LA CHICA SALIÓ EMBARAZADA ÉL YA NO QUISO AFRONTAR LA RESPONSABILIDAD. ALLÍ EMPEZARON LOS MALTRATOS, LOS INSULTOS, LE BOTABA DE LA CASA Y LA CHICA SE IBA DONDE LA ABUELITA. CUANDO LA ABUELITA LA BOTABA SE



IBA DONDE LA MADRINA O SI NO BUSCABA A LAS AMIGAS. LA RELACIÓN CON SU PAREJA FUE MUY FUGAZ Y LUEGO TODA LA FAMILIA LA RECHAZABA.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO ANITA).

LAS ADOLESCENTES CUANDO SE EMBARAZAN Y SE QUEDAN SOLAS, SUS FAMILIAS YA NO CONFÍAN EN ELLAS PORQUE YA NO LES CREEN. TAMPOCO ES FÁCIL QUE ENCUENTREN MARIDO PORQUE DICEN: “YA SON PARIDAS”, Y MÁS BIEN LAS TRATAN MUY MAL.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

Así tenemos que el costo que asume la adolescente que se embaraza es muy alto, pues en algunos de los casos se puede ver, a través de los testimonios, que son otros los que toman el control de la vida de la adolescente, terminando ella cosificada o siendo objeto de burla, causando el alejamiento de los suyos o empujándolas a situaciones más extremas como el suicidio.

ELLA SE FUE DE LA CASA BIEN CHIBOLA. A MI PAPÁ NO LE GUSTO EL ARREGLO PORQUE ERA JOVEN Y AÚN SABÍA HACER SUS QUEHACERES, NO PODÍA DEDICARSE AL CAMPO, PERO ASÍ HICIERON SUS ARREGLOS. EL ARREGLO ERA QUE ELLOS SE IBAN A CASAR, TENÍAN QUE VER SUS PAPELES Y NOSOTROS TUVIMOS QUE APOYARLES.

(HERMANO DE KATIA. PIURA. CASO KATIA).

AQUÍ HAY UNA MENTALIDAD DE CRITICAR. CUANDO SE DIO EL CASO DE ESTELA, SU MAMÁ HABLÓ CON NOSOTROS Y YO LE DIJE QUE PODÍA SEGUIR ESTUDIANDO. AQUÍ NOS ENTERAMOS UNA SEMANA ANTES QUE FALLECIERA, ELLA VINO UNOS DÍAS AL COLEGIO, PERO SU MAMÁ DECÍA QUE ELLA YA NO QUERÍA PORQUE NO LE IBA A QUEDAR EL UNIFORME, QUE SU BARRIGA SE LE IBA A NOTAR Y LA GENTE IBA A EMPEZAR HABLAR.

NOSOTROS CONVERSAMOS BONITO CON ELLA, PERO FUERON OTRAS RAZONES POR LA CUAL TOMO ESA DECISIÓN.

(PROFESORA. PIURA. CASO ESTELA).

LA GENTE HABLA, DICEN: “MIRA QUE CHIQUITA ES BIEN CHURRE”, PERO ACÁ ES COMO NORMAL, PORQUE SE EMBARAZAN A 13 O 14 AÑOS. ALLÍ SE DICE: “LA BANDIDA YA SE FUE, ¡SEGURO YA QUERÍA CHOLO!” JAJAJAJA.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

7.7 LAS PRECARIAS DECISIONES DE LAS ADOLESCENTES

a) *El aborto*

El aborto no ha sido ajeno a estas adolescentes, pues tres de ellas tomaron esta decisión con un gran costo para ellas, pues en todos los casos se trató de prácticas absolutamente inseguras y riesgosas. Así mismo, en al menos uno de los casos se supo que la adolescente fue a buscar apoyo a un centro de salud a fin de interrumpir el embarazo, donde se le negó el procedimiento, dándole como alternativa que asista a su control prenatal.

Ni en las entrevistas ni en los reportes clínicos se ha podido obtener información acerca de cómo las adolescentes han abortado o si alguien les proveyó de esos servicios, pues la mención que se hizo en las entrevistas sobre este punto fue muy vaga. En ese sentido, y por la precariedad de los abortos identificados, se podría suponer que estos fueron abortos autoinducidos. Cabe recalcar que la gravedad de estos abortos no solo está influenciada por las condiciones en que estos se producen, sino por la tendencia a que se realicen de manera tardía.

YO DIRÍA QUE NO TUVO UN FAMILIAR MUY CERCANO, SOLO UNA RELACIÓN ENTRE PADRES Y HERMANOS, PORQUE ELLA CUANDO TIENE EL PROBLEMA DEL EMBARAZO LO CONSULTA CON UNA PERSONA QUE NO ERA SU FAMILIA. NO SUPIMOS IDENTIFICAR QUIÉN FUE, PERO FUE LA QUE LE ACONSEJÓ



PARA EL ABORTO.

(PROVEEDOR DE SALUD. UCAYALI. CASO ÁNGELA).

CUANDO LE PREGUNTÉ CUÁNTOS MESES TIENES, ME DIJO QUE DOS MESES. LA EMPECÉ A ORIENTAR, LE DIJE QUE LA OTRA SEMANA LLEGABA LA OBSTETRA PARA QUE TE DE LAS INDICACIONES NECESARIAS. YO LE DIJE NO PIENSES EN ESO (EL ABORTO), UN HIJO NO ES UNA MALDICIÓN, SINO ES UNA BENDICIÓN... Y SALIÓ LA NIÑA Y A LOS OCHO DÍAS ME LLAMAN POR TELÉFONO, SU HERMANA, DICHIENDO QUE ESTABA MAL.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA.).

b) La continuidad del embarazo

Ante el hecho inevitable de su embarazo, varias de estas adolescentes hicieron su mayor esfuerzo por constituir una nueva familia o simplemente convertirse en madres solteras. Sin embargo, esta salida no siempre estuvo libre de conflictos y vicisitudes, ni tuvo apoyo de la familia, contribuyendo ello de algún modo a los resultados adversos presentados.

CUANDO SE DESAPARECIÓ ME FUI A BUSCARLA A ESA CASA DONDE LE LLEVO ESE CHOLO... LA TRAJIMOS, LE DIJIMOS QUE AQUÍ NO LE FALTA NADA, PERO PASARON LOS DÍAS Y DE VUELTA DESAPARECIÓ. SE LA VOLVIMOS A QUITAR HASTA TRES VECES, PERO ELLA YA ESTABA BIEN “ENSEÑADA”, HASTA QUE FINALMENTE LE DIJE NO ME “COJUDEES” Y ASÍ YA LA DEJAMOS CON LA MADRE DEL CHOLO... PERO EN ESE ENTONCES ELLA YA ESTABA EMBARAZADA.

(PAPÁ DE GINA. PIURA. CASO GINA).

ELLA VINO A VIVIR AQUÍ DESDE FEBRERO, PERO NUNCA QUISO

QUEDARSE, IBA Y VENÍA. ASÍ VIVIÓ POR SIETE MESES HASTA QUE SE MURIÓ. CUATRO, CINCO DÍAS ESTABA CON NOSOTROS Y OTROS CUATRO O CINCO DÍAS CON SUS PADRES. PUES ELLA SOLO TENÍA 14 AÑOS, RECIÉN IBA PARA LOS 15.

(“SUEGRA” DE GINA. PIURA. CASO GINA).

LE PREGUNTÉ, SI QUERÍA ESTAR EMBARAZADA. ME DIJO: “YA SALÍ, QUE LE VOY HACER”, COMO RESIGNADA. ELLA ME CONTABA SUS COSAS, COMO YO LAS MÍAS, Y ELLA ME DECÍA: “LO QUE PASA ES QUE USTED NO LAVA MUGRE, NOSOTRAS SÍ”. ACÁ TENEMOS QUE ATENDER AL ESPOSO.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

7.8 DESARROLLO DEL EMBARAZO: CAMBIOS ABRUPTOS EN LA VIDA DE LA ADOLESCENTE

a) *¿Dónde están las parejas?*

No se ha logrado identificar a las parejas de la mayoría de las adolescentes fallecidas estudiadas en este trabajo. En los casos en que sí se han podido identificar estos están ausentes, no solo en términos físicos, sino también en el acompañamiento y el soporte de la pareja. En varios de los casos hay una convivencia condicionada y en todos los casos donde hay pareja se señala que se trata de relaciones violentas.

Es importante señalar que las parejas que han sido mencionadas resultaron ser casi tan jóvenes como las adolescentes fallecidas, siendo a su vez dependientes de sus familiares o recién salidos de sus localidades en busca de otras oportunidades, dejando a las adolescentes gestantes con la nueva familia, situación que al parecer genera nuevas situaciones de violencia e inestabilidad.



ELLA NUNCA NOS DIJO EL NOMBRE DEL JOVEN. NADIE SUPO QUIÉN FUE. AQUÍ EN SARAYUYO, SUELE SUCEDER ASÍ. LA PAREJA NO INTERVIENE, SE ALEJA Y SOLAMENTE QUEDA LA ADOLESCENTE SOLA CON SU SITUACIÓN.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

NUNCA SUPIMOS QUIÉN ERA EL PADRE, LA CHICA NUNCA DIJO NADA, NO SÉ SI LO DIJO A LOS PAPÁS.

(PROFESORA DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

CUANDO ELLA SE ENTERÓ QUE ESTABA EMBARAZADA, ELLA PRIMERO DIJO QUE ERA DE UN SOLDADO DEL VRAE, EL TÉCNICO TITO QUE YA LLEVABA UN MES DE FALLECIDO, ENTONCES CUANDO SU MAMÁ LE DIJO QUE TENÍA QUE HABLAR CON SUS PADRES, ELLA LE CONFESÓ DE QUE EL BEBE NO ERA DEL FINADO SINO DE SU COMPAÑERO DE CLASE, ENTONCES ELLA FALLECIÓ Y NO SE DESCUBRIÓ DE QUIEN ERA EL PADRE.

(PROFESORA DE COLEGIO DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

ELLA VINO CON SU BARRIGA YA GRANDE, ¿QUÉ PODÍA DECIRME?, QUE ESTABA EMBARAZADA, NO MÁS... YO TUVE QUE REACCIONAR NORMAL, TENÍA QUE RECIBIRLE A MI HIJA. HACERLE QUE NAZCA ESA CRIATURA, PUES.

(MAMÁ DE KATIA. UCAYALI. CASO KATIA).

YO PIENSO QUE PARA ELLA (LA ADOLESCENTE SUICIDA) LO MÁS DOLOROSO FUE NO RECIBIR EL APOYO DE SUS FAMILIARES, PORQUE ELLA SÍ HABÍA TENIDO CUATRO MESES DE EMBARAZO ES PORQUE HABÍA PENSADO TENERLO, SINO, ELLA SEGURO HUBIESE ABORTADO. CUANDO SE MURIÓ SU MARIDO EN EL VRAE YA NO HUBO ALEGRÍA POR LA LLEGADA

DEL BEBE, PUES A MÍ ME CONTARON QUE EL FINADO (LA PAREJA) UN MES ANTES QUE FALLECIERA LE COMPRO SUS COSAS. CUANDO SU MARIDO MURIÓ, ELLA FUE A BUSCAR A SU MAMÁ, PERO ELLA EN VEZ DE APOYARLA O ESTAR CONTENTA, LA DEJÓ SOLA. SU MAMÁ NUNCA LA QUISO, NUNCA TUVO SU APOYO.

b) Violencia familiar: reeditando la historia de la violencia doméstica

Al contrario de lo que se podría esperar, para casi todas las adolescentes fallecidas tener una pareja no fue una garantía de protección y de apoyo, muy por el contrario, su vida resultó ser más precaria (más pobres de lo que eran cuando vivían con sus familiares) y con mayor violencia.

AL INICIO VIVÍA CON SU PAREJA, PERO LUEGO ELLA TUVO QUE IRSE. SI HUBIERA RECIBIDO EL APOYO EMOCIONAL NO HUBIERA TENIDO NECESIDAD DE SALIR DE CASA.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLIE).

YO PIENSO QUE ELLA SUFRIÓ MUCHO MALTRATO, PORQUE SU FAMILIA NO ACEPTABA SU RELACIÓN. ESO HIZO QUE ELLA SOLA LLEVARA EL EMBARAZO. AL PARECER ELLOS SE QUERÍAN PERO NINGUNO TENÍA DINERO Y POR ESO ELLA TUVO QUE RETORNAR A SU CASA, Y ALLÍ FUERON LOS MALTRATOS.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLIE)

YO PIENSO QUE LO MÁS DOLOROSO FUE NO RECIBIR EL APOYO DE SUS FAMILIARES PORQUE ELLA SÍ HABÍA ESTADO CUATRO MESES CON LA CRIATURA ES PORQUE SI LO PENSABA TENER.



AL VER TAL VEZ QUE LA IBAN A DEJAR DE LADO Y NO HABÍA ALEGRÍA POR LA LLEGADA DEL BEBE, SE SINTIÓ SOLA. LA MAMA NO ATENDIÓ A SU HIJA DE PEQUEÑA, ELLA VIVIÓ CON OTRAS PERSONAS. SU VIDA NO FUE FÁCIL Y RECIÉN VIÑO A VIVIR CON SU MADRE A LOS 14 AÑOS. LAS COSAS ESTABAN MUY DIFÍCILES PARA ELLA.

(PROFESORA DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

EL SUEGRO LA DEFENDÍA UN POCO Y NOSOTROS NO SABÍAMOS DEL MALTRATO. ELLA MISMA COMENZÓ A CONTARNOS QUE ÉL (LA PAREJA) HABÍA CAMBIADO. YO CREO QUE SI MI HERMANA LA HUBIESE RECOGIDO Y LLEVADO A SU CASA, LA CHICA NO HUBIESE FALLECIDO.

(TÍA DE LESLIE. UCAYALI. CASO LESLIE).

SU PAREJA LA MALTRATABA, SU SUEGRA LA TRATABA MAL, HASTA UN VASO DE AGUA LE NEGABA. SU SUEGRA, Y HASTA EL CHICO EL PEGABA, Y NO LE DEJABA SALIR PORQUE ELLOS PENSABAN QUE SI ELLA VENIA ACÁ NOSOTRAS YA NO ÍBAMOS A DEJARLA IRSE. NOSOTROS LE PREGUNTÁBAMOS, ¿SI TE LLEVAS BIEN CON...?, ELLA DECÍA QUE SÍ. LE DECÍAMOS QUE SI TE PEGA DINOS.

(AMIGA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

SEGÚN SUPIMOS, SU ENAMORADO LA SACO JOVENCITA DE SU CASA, PERO EL MUCHACHO SIEMPRE LA MALTRATO, PUES YA CUANDO VIVÍAN JUNTOS, Y ELLA ESTABA EMBARAZADA, DORMÍAN EN CUARTOS SEPARADOS. ELLA VARIAS VECES SE ESCAPÓ DE SU PAREJA.

(PROVEEDORA DE SALUD).

¡NO! MUY POCO LA DEJABAN SALIR, A VECES CUANDO SALÍA AL PARQUE CON MI HERMANO, PERO CASI NO LA DEJABAN SALIR PORQUE SU TÍA TRABAJABA Y LE IBA A AYUDAR, ALLÁ AL HOTEL DONDE TRABAJABA, PERO CASI NO SALÍA.

(AMIGA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

c) El suicidio: opción dramática de escape.

El suicidio, lamentablemente, es una de las opciones que las adolescentes asumen ante las implicancias de un embarazo no deseado, que en muchos casos podría estar relacionado a relaciones sexuales no consentidas y a fallas dramáticas de las redes de apoyo, tal como lo explican los siguientes testimonios.

ESTELA DECIDIÓ TERMINAR CON SU VIDA PORQUE NO ENCONTRÓ OTRA SALIDA, PORQUE SU FAMILIA LE CERRÓ LAS PUERTAS.

(PROFESORA DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

EN EL CERTIFICADO LE PUSIERON INTOXICACIÓN POR ÓRGANOS FOSFORADOS, QUE ES LO QUE PONE EL MÉDICO LEGISTA EN PIURA. NOS CONTARON QUE LA MUCHACHA RECIÉN HABÍA LLEGADO A HUAYTACA DONDE SUS PAPÁS, PERO QUE NUNCA ACUDIÓ A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, NADIE SE DIO CUENTA DE QUE LA CHICA ESTABA EMBARAZADA.

(PROVEEDOR DE SALUD. PIURA).

CUENTAN QUE LA JOVEN TENÍA PROBLEMAS CON LA MAMÁ. DICEN QUE ELLA DEJO UNA CARTA, QUE LO TIENE UN TÍO DE ELLA, EN DONDE LE ECHA LA CULPA A LA MAMA. POR SU MAMÁ LA CELABA MUCHO CON EL PADRASTRO, PUES SEGÚN DICEN EL PADRASTRO MUCHO LA QUERÍA, LE APOYABA. LA



MADRE PENSÓ OTRAS COSAS DE LA CHICA Y ES TAL VEZ POR ESO QUE LA CHICA TOMO ESA DECISIÓN.

(PROVEEDOR DE SALUD. CANCHAQUE).

7.9 EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN

No se ha encontrado mucha información acerca del desarrollo de la gestación en este grupo de adolescentes, pues en la mayoría de los casos hay un periodo crítico de descubrimiento y de inicio del embarazo que solo ellas conocen, y que en general ocultaron, lo que nos permite entender por qué para estas adolescentes el control prenatal temprano no era una posibilidad, siendo que solo una de ellas acudió a siete consultas.

AL PRINCIPIO NO SABÍA QUE ESTABA EMBARAZADA. ME NEGÓ PERO YO SOSPECHABA PORQUE A LAS DOS NOS DABA IGUALITO MENSTRUACIÓN.

(MAMÁ DE LESLI. UCAYALI. CASO LESLI).

NUNCA ME ENTERÉ QUE ESTABA EMBARAZADA, NUNCA ME LO CONTÓ. CUANDO FALLECIÓ RECIÉN SUPE QUE ESTABA EMBARAZADA. NO LE CONTÓ A NADIE.

(PRIMA DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

EL EMBARAZO NOS SORPRENDIÓ A TODOS, NO SOSPECHÉ QUE ELLA ESTABA EMBARAZADA.

(MAMÁ DE KATIA. UCAYALI. CASO KATIA).

A pesar de las implicancias que tiene un embarazo en las adolescentes, parecería que su peligrosidad es poco valorada por la mayoría del entorno, a excepción del personal de salud, que si tiende a reconocer que es un embarazo de riesgo.

NUNCA VINO A HACERSE UN CONTROL... NO LA CONOCIÁAMOS... NO TENÍA HISTORIA... NI CARNET DE GESTANTE, NADA... NO HABÍA VENIDO ACÁ, SU PAREJA NO LE PERMITÍA ATENDER EN UN CENTRO DE SALUD.

(PROVEEDOR DE SALUD. SAPILLICAS. CASO GINA).

LA MAYORÍA DE ADOLESCENTES NO TERMINAN BIEN. ¿QUÉ PASA? QUE AL SEXTO MES TIENEN UNA AMENAZA DE ABORTO, INCLUSIVE HACE UNOS TRES MESES TUVIMOS CON UNA NIÑA DEL MISMO COLEGIO DE 16 AÑOS QUE ESTÁ EN QUINTO CON AMENAZA DE ABORTO. LA REFERIMOS A SUYO, Y ESE NIÑITO MURIÓ EN SULLANA. DE AHÍ TENEMOS OTRA QUE OCURRIÓ IGUALITO, DE 17 AÑOS.

(PROVEEDORA DE SALUD, PIURA).

De igual modo, hay una opinión compartida de la necesidad del acompañamiento por algún miembro de la familia, especialmente de la pareja.

ELLA SE FUE AL CENTRO DE SALUD COMO A LOS TRES MESES, A VECES LE ACOMPAÑABA SU MAMÁ, YO NO IBA PORQUE TENÍA QUE TRABAJAR EN EL CAMPO, Y A VECES LE TOCABA EL LUNES O MARTES, Y ESOS SON DÍAS DE TRABAJO PARA NOSOTROS.

(PAREJA DE LESLI UCAYALI. CASO LESLI).



7.10 LA ANTESALA DE LA MUERTE: LAS DEMORAS PARA IDENTIFICAR EL PROBLEMA

Dentro de los tres tipos de demoras encontradas están:

- Demora para identificar el problema
- Demora en acudir a los servicios de salud
- Demora al recibir la necesaria atención

7.10.1 *Demora para identificar el problema*

Más que identificar el problema, al parecer las adolescentes estaban más preocupadas en la reacción de sus familias frente al embarazo, influyendo en:

a) Demora por ocultar el embarazo o demorar en su aceptación

Casi todas las adolescentes que se han incluido en este estudio han buscado ocultar su embarazo, ya sea por temor a los padres o por el estigma social, haciendo que su llegada a los servicios de salud, en mucho de los casos, sea tardía.

ELLA NO TUVO SU CONTROL PRENATAL. OCULTÓ SU EMBARAZO, A NADIE LE DIJO Y COMO EL ÚNICO MOTOCAR QUE ME PODÍA LLEVAR NO ESTABA EN CONDICIONES.

(PROVEEDOR DE SALUD. UCAYALI. CASO ÁNGELA).

ALGUNAS VIENEN RECIÉN EN EL TERCER, CUARTO MES. ESTO SE DEBE A QUE EL PAPÁ NO SABE, PORQUE MUCHAS SON MADRES SOLTERAS, ENTONCES NO VIENEN A CONTROLARSE NUNCA. YA HEMOS TENIDO CASOS QUE VIENEN POR UN CÓLICO Y SE DAN LA SORPRESA QUE VAN A DAR A LUZ, PERO NI EL PADRE LO SABE.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

El ocultamiento del embarazo parece no haber sido solo un problema de las adolescentes, sino también de los propios familiares, para quienes los embarazos de sus hijas resultaron incómodos.

YO CREO QUE A ESA MUCHACHA (ADOLESCENTE FALLECIDA) NO SE LE DIO BRINDÓ LA OPORTUNIDAD, PUES AUNQUE HAY MUCHAS ADOLESCENTES QUIENES TIENEN EL MISMO PROBLEMA, EN ESTE CASO, LOS PAPÁS NO ACEPTARON ESA IDEA Y TRATARON DE OCULTAR EL EMBARAZO. LO MÁS SEGURO ES QUE QUISIERON QUE DÉ A SONIA EN SU CASA PARA QUE LA ADOLESCENTE PUEDA SEGUIR CON SU VIDA PORQUE MUCHAS VECES QUIÉN CRÍA AL BEBE ES LA MAMÁ.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLI).

b) Demora por considerar que no se necesita de la atención de salud o por desconocer la escasa predictibilidad de las complicaciones

ELLA ESTABA NORMAL, PERO EN EL PARTO LE DIO EPILEPSIA, QUE NUNCA ANTES LE HABÍA DADO, EN ESE MOMENTO EMPEZÓ A CONVULSIONAR. ELLA SE HABÍA LEVANTADO A PREPARAR EL DESAYUNO, NADIE PENSABA QUE LE IBA A PASAR ESO. DE PRONTO SE LE NUBLO LA VISTA Y YA NO PODÍA CAMINAR BIEN PORQUE SE IBA AGARRANDO DE LA PARED.

(PAREJA DE MARGARITA. PIURA. CASO MARGARITA).

BUENO, EL EMBARAZO EN ELLA ERA NORMAL NO MÁS. ELLA NO ME DECÍA QUE TENÍA ALGUNA ENFERMEDAD, ALGÚN DOLOR, TODO ERA NORMAL, COMO CUALQUIER PERSONA QUE ESTÁ CON EMBARAZO.

(MAMÁ DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).



YO ERA MUY AMIGA DE ELLA, COMPARTÍAMOS, COMÍAMOS. YO SIEMPRE LE DECÍA QUE VAYA A LA POSTA, PUES ELLA MUCHO VOMITABA Y VOMITABA. ELLA ME DECÍA YA VOY A IR Y RECIÉN SE FUE A LOS SEIS MESES. FUE Y ALLÍ LE DIJERON QUE ESTABA CON RIESGO DE ABORTO.

(AMIGA DE LUCIA. UCAYALI. CASO LUCIA).

c) *Por preferir otro tipo de atención, y negar la del establecimiento de salud*

AQUÍ (AL CENTRO DE SALUD) NO QUISIERON VENIR Y CUANDO VINIERON LA SITUACIÓN YA NO TENÍA CONTROL. ESE PARTO DEMORÓ BASTANTE... EL BEBE NO PODÍA SALIR, LA ABUELITA ME DIJO QUE: “YO CREÍA QUE COMO TODA PRIMERIZA SE IBA A DEMORAR”... Y NO LA TRAJERON.

ELLOS PRIMERO FUERON A LA BOTICA PARA PEDIR AYUDA PARA LA HEMORRAGIA, PERO LA BOTICA ESTABA CERRADA. FUERON A OTRA BOTICA Y NADA. SOLO AL FINAL VINIERON AL CENTRO DE SALUD. ESTABA LA MAMÁ, LA PAREJA Y SUS TÍAS. ALLÍ SE REPROCHABAN: “TE HE DICHO PARA LLEVAR AL CENTRO DE SALUD Y TÚ NO HAS QUERIDO”.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLI).

LA SUEGRA Y EL YERNO QUERÍAN QUE EL PARTO SEA EN LA CASA Y POR ESO ELLOS DIJERON: “LOS DOS ASUMIMOS LA RESPONSABILIDAD DE FALLECIMIENTO”.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI).

d) *Por ocultar el aborto*

En los tres casos en que se registró shock séptico por aborto, se pudo identificar que pasaron al menos entre cinco y seis días en los que las adolescentes trataron de manejar el problema por sus propios medios, antes de que las complicaciones se agravaran en extremo, llegando a los

servicios de salud en estado crítico. Lo dramático del asunto es que ninguna de las personas con quienes las adolescentes se relacionaron en esos días se dio cuenta de los hechos. Incluso se supo que en uno de los casos la adolescente siguió asistiendo a la escuela hasta un día antes de morir.

**CREO QUE HABÍA TOMADO ALGO PARA BOTAR (ABORTAR)...
PERO QUE NO LO HABÍA TERMINADO, Y POR ESO SE LE HABÍA
INFLAMADO. NO SABÍAMOS QUE HABÍA TOMADO, NUNCA NOS
DIJO.**

(PRIMA DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

**RECIÉN SUPIMOS CUANDO HABRÁ TENIDO TRES A CUATRO
MESES. ESTUVO DE LOS MÁS BIEN HASTA EL ÚLTIMO Y DE
REPENTE SE PUSO MAL Y SE LA LLEVARON Y TRES DÍAS
DESPUÉS MI HIJA MURIÓ. CUANDO FUI AL HOSPITAL YA NO
ESTABA.**

(PAPÁ DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).

**DE PRONTO DEJO DE ESTUDIAR, DE TODOS SE ESCONDIÓ.
YA NO QUERÍA IR AL COLEGIO. UNA MAÑANA ME FUI A
TRABAJAR Y CUANDO VINE LA ENCONTRÉ TIRADA.**

(MAMÁ DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

**TRATAMOS DE ACTUAR PERO NO SE PUDO HACER NADA. Y
NO PENSAMOS QUE LA NIÑA TOMARA ESA DECISIÓN, DICEN
SUS COMPAÑERAS QUE SE FUE A COMPRAR A SUYO. ¿QUÉ
COMPRARÍA? COMO ES UNA ZONA DE FRONTERA, A VECES SE
PASAN AL OTRO PAÍS A COMPRAR PASTILLAS, AMPOLLAS, O
COMO DICEN QUE LA MAMÁ PUDO HABERLE DADO HIERBAS...
EL PROBLEMA RADICA EN QUE ES UNA NIÑA QUE NO TUVO EL
APOYO DE LOS PADRES, NO TUVO EL APOYO DE SU PAREJA
Y SE SINTIÓ ACORRALADA SOLITA. EL MISMO SUICIDIO DE**



QUE YO SÉ, LO MANTUVO SOLA. ESO ES LO QUE YO LE PUEDO DECIR DE SONIA ANITA.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA. CASO SONIA)

e) Por demora en buscar la atención médica

Este segundo grupo de demoras se asocia a las barreras que las adolescentes enfrentaron para encontrar servicios de salud que las atiendan. En esta cadena de sucesos es evidente la ausencia absoluta de la adolescente en la toma de decisiones, donde muchos de los actos que impidieron su atención oportuna, al parecer, están más asociadas a la violencia, lo que hace pensar más bien en la demora como en una especie de “castigo”.

f) Por la falta de apoyo de parte de la pareja y/o de la familia

NOS LLAMARON PORQUE ESTABA SANGRANDO, PREGUNTÉ SI HABÍA TOMADO ALGO. SUS PADRES NO QUERÍAN QUE LA SACÁRAMOS. LA ENCONTRAMOS EN EL SUELO Y NO QUERÍAN QUE LA VIÉRAMOS. LA NIÑA ESTABA SIN TRUSA, TODA EN MAL ESTADO, CON UN OLORESÍ... LA MAMÁ ESTABA MOLESTÍSIMA, AMARGUÍSIMA. LA NIÑA ESTABA COMO CONSCIENTE PERO IDA. LES DIJE QUE ME TENÍAN QUE PERMITIR QUE ME LA LLEVE, SINO, LLAMO A LA FISCALÍA. ME CONTARON QUE SU MAMA LE HABÍA PEGADO.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

YO CREO QUE EL MARIDO TIENE LA CULPA, PORQUE SI EL MARIDO HUBIESE SIDO OTRO CORRETEABA A LA POSTA PERO NO SE LE DIO LA GANA, YO LE DIJE A MI HERMANA: “¡PERO SI SABIAS QUE EL ESPOSO NO IBA HACER NADA PORQUE NO CORRETEASTE TÚ!”.

(TÍA DE KATIA. UCAYALI. CASO KATIA).

LOS FAMILIARES FUERON LOS CULPABLES, FUE UNA NEGLIGENCIA. SE TARDARON MUCHO EN AVISARNOS. YO YA LA VI ANTES PARA AYUDARLA CON SU PRESIÓN Y LA CITE PARA VER CÓMO IBA, PERO ELLA NUNCA LLEGO. AL TERCER DÍA ME ENCONTRÉ CON SU MAMÁ Y LE DIJE QUE LA CHICA ESTABA MAL, QUE LA TRAJERA AL CENTRO DE SALUD, Y LA SEÑORA ME DIJO: “ELLA ESTÁ CON SUS PEONES, SI ELLA YA TIENE MARIDO YO NO ME PUEDO METER”. YO LE DIJE: “ASÍ NO ES, SU HIJA ESTÁ MAL Y TIENE QUE VENIR”, Y ELLA ME CONTESTÓ: “SEGURO DE AQUÍ VIENE DESPUÉS”. TODO EL DÍA ESTUVE PENSANDO EN LA MARGARITA
(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA. CASO MARGARITA).

g) Por la desatención de la escuela

Si bien la escuela es uno de los espacios donde estas adolescentes estuvieron presentes, tal como se ha podido ver, es muy poca la atención que estas recibieron por parte de sus profesores/as, a pesar de la evidente situación de riesgo en la que estaban.

NUNCA NOS PERCATAMOS QUE ESTABA EMBARAZADA, ELLA ERA CALLADA, ALEJADA. NOS ENTERAMOS QUE ESTABA EMBARAZADA CUANDO DE PRONTO SE PUSO MAL, CUANDO SE LE SALIÓ EL BEBE.
(PROFESORA DE SONIA. SARAYUYO. CASO SONIA).

h) Por falta de dinero

A pesar de los esfuerzos que viene haciendo el Estado para superar las barreras económicas, esta continúa siendo una barrera no superada.



CON EL SEGURO INTEGRAL CUBRIMOS EL TRASLADO, PERO LA FAMILIA CUBRE CUANDO NO HAY FONDOS Y POR ESO MUCHAS VECES PREFIERAN QUEDARSE ASÍ.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

SU MARIDO SIEMPRE DECÍA: “¡NO HAY PLATA!, ¡NO HAY PLATA!”, Y ASÍ SE QUEDABA ELLA.

(MEDIA HERMANA DE GINA. SAPILLICAS. CASO GINA).

i) Por dificultades geográficas

La lejanía de las comunidades y la calidad de las vías sigue siendo problema grave para la conectividad en todo el país.

FUERON COMO 20 PERSONAS LOS QUE NOS AYUDARON CON LA PACIENTE, ESTABA EL PAPÁ, EL ESPOSO. TENÍA QUE HACERSE TURNOS PORQUE LA GESTANTE PESABA MUCHO, ÍBAMOS PARANDO POR LOS ATAQUES QUE SUFRÍA.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

ELLA SIEMPRE VENÍA A SUS CONTROLES, ELLA CUMPLÍA, SOLO QUE POR LA DISTANCIA A VECES EN SUS ÚLTIMOS CONTROLES LLEGABA TARDE, ESE DÍA NOS AVISARON MUY TARDE IMAGINO QUE POR LA DISTANCIA.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

NO ES QUE LA MUCHACHA VIVIERA LEJOS, EL PROBLEMA ES LA INACCESIBILIDAD, SOBRE TODO POR LA LLUVIA. SU ZONA ES MUY ACCIDENTADA SOBRE TODO POR EL LODO Y SE PONE PEOR CON LA LLUVIA. SE TIENE QUE ENTRAR POR UN CAMINO DE TROCHA Y SI VAS CON EL MOTOCAR, TE QUEDAS HUNDIDO,

SOLO PUEDES ENTRAR HASTA CIERTA PARTE.**(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLI).**

Si bien en este caso se trata básicamente de accesibilidad geográfica, una pregunta que surge es si la decisión de llevar a la adolescente a un lugar lejano con una gestación avanzada podría acaso constituirse en un acto intencional de poner en riesgo a la gestante.

SU PAREJA SE LA LLEVÓ A LOS SEIS O SIETE MESES DE EMBARAZO, FUERON A MADERA Y ALLÍ NO HAY NINGÚN LUGAR DONDE SE PUEDA HACER CONTROL PRENATAL. A EXIGENCIA DE LA MADRINA VINIERON A LOS OCHO MESES. PERO COMO ACÁ TAMPOCO ENCONTRARON EN EL TIEMPO QUE VINIERON VOLVIERON AL RÍO. A LA SEMANA RETORNO, PERO PARA INGRESAR POR EMERGENCIA AL HOSPITAL.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO ANITA).**j) *Por temor de asistir a los servicios de salud***

Probablemente este sea uno de los temores asociados al estatus de infante de estas adolescentes, debido a su corta edad o porque los proveedores de servicios también las ven como niñas.

ELLA NO QUERÍA IR A LA POSTA, LE TENÍA UN MIEDO... SOBRE TODO A LAS AGUJAS, NUNCA SE CONTROLÓ SU EMBARAZO.

(MADRINA DE ANITA. UCAYALI. CASO ANITA).

LAS VECES QUE FUE AL CENTRO DE SALUD SE HA QUEJADO DE QUE LA HAN TRATADO MAL, QUE NO LA HAN QUERIDO ATENDER O QUE LE HAN HECHO DEMORAR MUCHO.

(MAMÁ DE SONIA. PIURA. CASO SONIA).



7.10.2 Demora en recibir la atención necesaria

a) Por servicios no disponibles

Una crítica reiterativa que señalan las entrevistadas de los servicios, y que ha contribuido para no asistir a los mismos, es el incumplimiento en el horario de atención, incluyendo los cierres por motivos de huelga.

PUES CUANDO FUIMOS UNA VEZ AL CENTRO DE SALUD NO ENCONTRÉ A NADIE, ESTABA CERRADO YA... DESPUÉS YA NO FUI, YA NO LA LLEVE YA.

(MAMÁ DE ESTELA. PIURA. CASO ESTELA).

AQUÍ LA ESTÁBAMOS CONTROLANDO, VINO A LAS 10 SEMANAS, PERO A SU SEGUNDA CITA YA NO PUDO VENIR POR MOTIVOS DE HUELGA. PUES CUANDO LAS MUJERES TIENEN QUE VENIR DE SITIOS LEJANOS Y UNA VEZ SE ENCUENTRAN CON LA HUELGA, PIENSAN QUE SIEMPRE HAY HUELGA, Y SI VIAJAN CON MÁS RAZÓN TODAVÍA. ENTONCES, HAY UNA DISCONTINUIDAD.

(PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO LESLI).

ME CONTÓ QUE CUANDO FUE AL CENTRO DE SALUD NO LA ATENDIERON. LE HICIERON ESPERAR Y NO LA LLAMABAN, TUVO QUE REGRESAR A SU CASA. ES QUE AQUÍ TIENES QUE TEMPRANEAR, SE TE PASA LA HORA, A VECES AL ÚLTIMO QUE LLEGA, A ESE LE DAN LA PREFERENCIA, Y A UNO QUE LLEGA PRIMERO...

(ABUELA DE LESLI. UCAYALI. CASO LESLI).

b) Por personal insuficiente

El personal de salud, debido a la insuficiencia de trabajadores, tiene que cumplir múltiples funciones, afectando probablemente el componente asistencial.

MAYORMENTE CUMPLO VARIAS FUNCIONES. POR EL MOMENTO ESTOY EN LA FARMACIA, Y SI FALTA PERSONAL SALGO DE MISIÓN, HACEMOS LAS COSAS QUE NOS ENCARGAN NUESTROS SUPERIORES.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

TRABAJO COMO TÉCNICO EN ENFERMERÍA Y ADEMÁS APOYO OTRAS ACTIVIDADES DE AQUÍ DEL CENTRO DE SALUD COMO ES EN EL MANEJO DE AMBULANCIA, PORQUE EL CHOFER AHORA NO ESTÁ Y TENGO AHORITA A CARGO LA PARTE ESTADÍSTICA. TRABAJO HACE 19 AÑOS.

(PROVEEDOR DE SALUD. CANCHAQUE).

SI QUIZÁ SE HUBIERA MEJORADO EL PUESTO DONDE TRABAJAMOS, CON MÁS PERSONAL, CON MÁS EQUIPOS, PODRÍAMOS BRINDAR MEJOR ATENCIÓN A LAS PACIENTES, Y VER A TIEMPO LAS COMPLICACIONES. NOS FALTA TIEMPO, NOS FALTA MATERIAL. NADIE QUIERE PASAR LA MISMA SITUACIÓN, NO PUEDES HACER NADA, SOLO TRATAMOS DE LLEVARLA DONDE HAYA LA MEJOR ATENCIÓN.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

ES MUY DIFÍCIL TRABAJAR AQUÍ, SOMOS SOLO DOS OBSTETRAS Y TENEMOS A CARGO 21 CASERÍOS. NO TENEMOS APOYO DE LA CABECERA QUE EN ESTE CASO ES SULLANA. NECESITAMOS COMBUSTIBLE PARA PODER TRASLADARNOS Y



TENER MÁS MÉTODOS QUE CASI SIEMPRE NO HAY, O SEA, ESA SIEMPRE HA SIDO MI MOLESTIA. PIENSO QUE LA GENTE QUE VIVE EN LA ZONA RURAL DEBE TENER MÁS PRIORIDAD EN TODO, EN COMBUSTIBLE, EN TODO EL APOYO...

(PROVEEDORA DE SALUD. SAPILLICAS. CASO GINA).

c) Personal no entrenado o cuyas competencias no corresponden

Si bien no existe la claridad si efectivamente los diagnósticos y las medidas ejecutadas en la mayoría de los casos fueron las adecuadas, o si la referencia a un servicio particular era el procedimiento indicado, sí se pueden identificar las falencias que tienen los equipos de salud para atender las necesidades de las gestantes en general y, en especial, de las gestantes adolescentes.

ELLA HA TENIDO SUS CONTROLES, INCLUSO LE HICIMOS UNA REFERENCIA PARA QUE EL HAGAN UNA ECOGRAFÍA PARTICULAR, PORQUE AQUÍ TENEMOS ECÓGRAFO, PERO NO SOMOS ESPECIALISTAS Y LO QUE PODEMOS VER SOLO ES EL DESARROLLO GESTACIONAL. LA CHICA SE FUE A TAMBO GRANDE, PERO NO VIO CON UN GINECÓLOGO, SINO CON MÉDICO GENERAL QUE LE DIJO QUE TODO ESTABA BIEN Y QUE SU PARTO ESTABA PROGRAMADO PARA MARZO, MIENTRAS QUE POR ÚLTIMA REGLA DEBÍA HABER NACIDO EN OCTUBRE.

(PROVEEDOR DE SALUD. PIURA. CASO GINA).

Cabe recalcar en este punto que sin duda el personal no entrenado tampoco está preparado para atender emergencias tan catastróficas, a lo que se le suma el hecho de que muchas de las medidas inmediatas tampoco parecen estar a su alcance, tales como el misoprostol para la atención de hemorragias obstétricas.

CUANDO LA ENFERMERA LE PUSO EL ESPECULO TENÍA SANGRADO ACTIVO, HABÍA UNA HEMORRAGIA PERMANENTE, TENÍA ESCALOFRÍOS, TENÍA DOLOR ABDOMINAL... ESTABA LUCIDA, CONVERSABA BIEN, NORMAL... NO LLEGAMOS A SABER PORQUE ERA LA HEMORRAGIA, SOLO VENÍA. NO SE SUPO FINALMENTE DE DÓNDE.

(PROVEEDOR DE SALUD. PIURA. CASO GINA)

d) Por negligencia e incumplimiento de protocolos

Hay algunas evidencias claras de que el personal de salud no estaría cumpliendo con los protocolos establecidos. El siguiente testimonio lo refleja muy bien. Con esta adolescente no se aplicaron medidas que le hubiesen salvado la vida, ignorando el dato central de la hipertensión y el edema que presentaba, donde más que un descarte, lo urgente hubiese sido la referencia asistida.

VINO COMO A LAS 37 SEMANAS. SU PRESIÓN ESTABA 120 SOBRE 90. YO LA MANDÉ A UNA INTERCONSULTA A MEDICINA. SU PULSO ESTABA ACELERADO, LE MANDE HACER UN DESCARTE DE PRECLAMPSIA. ELLA TENÍA QUE HABER REGRESADO CON SUS RESULTADOS. PERO YA NO LA VOLVÍ A VER, YA PUES.

(KAREN RANCHINI PÉREZ. PROVEEDORA DE SALUD. UCAYALI. CASO KATIA).



Muchas veces este manejo inapropiado que se provee en los servicios, es transferido a la gestante, como si se tratara de su propia responsabilidad, tal como se puede ver en el siguiente testimonio.

CUANDO VINO A SU ÚLTIMO CONTROL ESTABA HINCHADA, HABÍA EDEMAS EN SUS PIES. LE PREGUNTÉ DESDE CUÁNDO ESTÁS, PERO AQUÍ LA GENTE NO SUELEN DECIR LA VERDAD, PORQUE ESO NO LE PASÓ DE LA NOCHE A LA MAÑANA. ALLÍ ELLA ME EMPEZÓ A CONTAR QUE LE DOLÍA LA CABEZA Y CUANDO LE TOMÉ LA PRESIÓN YA ESTABA ALTA... PERO EN ESE TIEMPO YO ESTABA EN UNA CAPACITACIÓN Y ME TUVE QUE IR. AL DÍA SIGUIENTE LE LLEVAMOS EL METILDOPA PARA LA PRESIÓN Y HABÍA BAJADO A 120 Y SE HABÍA NORMALIZADO, Y A LOS TRES DÍAS VINO UNA LLUVIA TORRENCIAL, LLOVIÓ COMO NUNCA, Y DESPUÉS DE DOS DÍAS FUIMOS A VISITARLA Y EL CAMINO ESTABA DIFÍCIL, Y YA LE ENCONTRAMOS MAL. LA LOGRAMOS ENVIAR AL HOSPITAL, PERO YA ESTABA MUY MAL. ME AVISARON QUE FALLECIÓ. YO NO QUERÍA QUE ESA CHICA SE MURIERA.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).

7.11 DESPUÉS DE LA MUERTE

Por los testimonios pudimos ver que las adolescentes fallecidas son recordadas no solo por los familiares y sus redes sociales, sino también por el personal de salud. Recuerdan detalles de la emergencia misma, y de la vida de las jóvenes, y de cosas que, según sus perspectivas debieron de hacer para que esto no se repita.

También tienen más allá de los diagnósticos, sus propias explicaciones del por qué se han producido los fallecimientos, lo que da cuenta también, la aceptación de estas muertes. Se pudo identificar a sí mismo, cierto fatalismo, en el sentido de las muertes en algunos casos fueron producto del azar y en otros, responsabilidades ajenas, incluyéndose a las propias adolescentes, dejando entrever la sanción social debido a un embarazo no aceptado.

NOS INFORMARON QUE A LA NIÑA LE HABÍAN HECHO LA AUTOPSIA, Y QUE LA NIÑA NO TENÍA NADA DE SANGRE, O SEA SU CUERPO SE HA DESANGRADO TOTALMENTE... SU DIAGNÓSTICO FUE EMBARAZO MOLAR Y LA CAUSA DE MUERTE SHOCK HIPOVOLÉMICO, ASÍ LO ESCRIBIERON EN SU CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA. CASO GINA).

YO PIENSO QUE MI HIJA NO HA FALLECIDO POR DENGUE COMO DICE SU AUTOPSIA, YO CREO QUE A MI HIJA NO LA HAN ATENDIDO A TIEMPO A MI HIJA. ELLOS (PERSONAL DE SALUD), NO HAN PUESTO EN EL PAPEL QUE MI HIJA HA MUERTO POR EL PARTO, PORQUE EN EL PAPEL NO HA SALIDO ASÍ, SINO CON DENGUE... ASÍ HAN CERRADO EL CASO... MI HIJA NO ESTABA ENFERMA DE NADA.

(MAMÁ DE KATIA. UCAYALI. CASO KATIA).

¡AHÍ LA GENTE MURMURABA!, ¡DECÍAN QUE HABÍA SIDO POR EL EMBARAZO!, ¡QUE ELLA HABÍA ABORTADO Y ESTABA MAL! NO, AL FINAL EL CHICO LE HABÍA CONTADO A MI HERMANA QUE HABÍA FALLECIDO PORQUE ELLA ESTABA LAVANDO Y HABÍA IDO AL REFRIGERADOR Y HABÍA SACADO UN YOGURT HELADO Y SE LO HABÍA TOMADO, DICEN QUE ESCUCHARON UN GRITO, QUE ELLA HABÍA GRITADO ¡MAMÁ!, ¡FUERTE DICEN QUE SE HA ESCUCHADO! Y LA HAN IDO A VER Y ESTABA ASÍ...A ELLA SE LE HABÍA REVENTADO SUS PULMONES, EN EL MOMENTO EN QUE ELLA FUE A TOMAR ALGO HELADO, ESO LE AFECTO Y LE REVENTARON SUS PULMONES... POR ESO HABÍA FALLECIDO.

(AMIGA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

CUANDO SUPE ME FUI A SU CASA, NO SABÍAMOS DÓNDE VIVÍA PERO LLEGAMOS. EL CHICO ESTABA QUE LLORABA. YO LE PREGUNTABA: “¿DE QUÉ SE HA MUERTO?”, SI ELLA HABÍA



ESTADO EN MI CASA. ELLA TENÍA RASPADOS EN SUS PIERNAS, EN SUS BRAZOS... YO DIJE: “¡ESTE LE HA PEGADO!”, Y LA SUEGRA AL TOQUE DIJO: “¡AQUÍ NADIE LE HA PEGADO! ELLA HA ESTADO LAVANDO Y SE HA CAÍDO Y ALLÍ SE HA MUERTO”, PERO DE LA NADA ME VOY A CAER Y MORIR. NOS PELEAMOS CON LA SEÑORA.

(AMIGA DE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

LLEGO SU FAMILIA, ¡UY COMO GRITABAN! NOSOTROS CALMADOS, NOSOTROS NO HEMOS HECHO NADA, HEMOS DEJADO QUE ELLOS HABLEN, HABLEN... PORQUE LA GENTE VENÍA A VER EL PLEITO Y LA VERDAD QUE YO NO ME IBA A PONER BOCA A BOCA CON LA SEÑORA. SU FAMILIA DIJO QUE SE LA IBAN A LLEVAR A TALARA, Y DIJE QUE SE LA LLEVEN, QUE NO HAY NINGÚN PROBLEMA PARA NOSOTROS. QUE LLEVARAN LA NIÑA A TALARA... Y GRACIAS A DIOS QUE NO SALIÓ NADA, SOLO UN FUERTE EDEMA PULMONAR. NUNCA SUPIMOS PORQUE, TODO FUE DE REPENTE.

(SUEGRA DE ROSI, PIURA. CASO ROSI).

LO QUE A ELLA SE LE PEGÓ FUE LA EPILEPSIA, LA QUE TERMINO CON SU VIDA. ELLA NUNCA ANTES HABÍA TENIDO LA ENFERMEDAD, PERO ALLÍ LE DIO. NO SE LE PUDO QUITAR ESA ENFERMEDAD. LA LLEGAMOS A SACAR DE LA CASA, YO LA IBA COGIENDO DE SU MANO PORQUE ELLA TENÍA FUERZA, SE JALABA SU ROPITA COMO SI FUESE UN LOQUITO, SE ARAÑABA, TODO SE HACÍA POR ESO NOSOTROS LA COGÍAMOS DE SU MANTO PARA QUE NO SE LASTIME.

(HERMANO DE MARGARITA. CASO MARGARITA).

LO QUE SUPIMOS ES QUE SU PADRE LE HABÍA INSULTADO. ELLA YA HABÍA... TOMÓ CAMPEÓN, YO DESCONOCÍA DE ESO YO ME HE VENIDO A ENTERAR DE ESO CUANDO ELLA HA

MUERTO. LA LLEVARON AL HOSPITAL. ME DIJERON QUE SU MADRASTRA LE INSULTÓ Y ELLA LE CONTÓ A SU PAPÁ, PERO ÉL TAMBIÉN LA INSULTÓ. SU PADRE LE HABÍA DICHO: “¿DE QUÉ TE QUEJAS SI NO ERES MI HIJA Y NO TE TENGO QUEDAR PLATA?”, Y ESO FUE LO QUE LE HIZO TOMAR LA DECISIÓN.

(MADRINA DE ANITA. UCAYALI. CASO ANITA).

VINO MI COMPAÑERA Y ME DIJO: “¡AMIGA, HA HABIDO UNA MUERTE MATERNA!”, “¿QUÉ?” PERO YO LE DIJE: “YO NO SABÍA QUE ESTABA GESTANDO”. LA MUCHACHA HA TOMADO VENENO Y SE HA MUERTO. ME QUEDÉ FRÍA, YO HABÍA HECHO CHARLAS EN EL COLEGIO Y NO ME HABÍA DADO CUENTA. “¿ENTONCES QUÉ HA PASADO?”, “¡NO SÉ AMIGA, NO SÉ!”.

(PROVEEDOR DE SALUD. PIURA).

SI LOS FAMILIARES DE GINA HUBIERAN VENIDO AQUÍ AL PUESTO, SE LE HABRÍA PODIDO DAR INMEDIATA ATENCIÓN Y SEGURO QUE LA HUBIÉSEMOS DERIVADO A SAPILLICA. SI EN SAPILLICA NO SE PODÍA RESOLVER, SE MANDABA A SULLANA, PERO COMO LE DIGO, LOS FAMILIARES FUERON RECIOS... ESPERARON MUCHOS DÍAS Y LA DEJARON DESANGRARSE. ESA PACIENTE SE HUBIERA SALVADO.

(PROVEEDOR DE SALUD. PIURA. CASO GINA).

PARA MÍ EL PROBLEMA FUE LA QUEBRADA Y TAL VEZ TENIENDO MÁS PERSONAL. EN UN HOSPITAL SE SALVABA LA VIDA. AHORA TENEMOS LOS MISMOS BARRANCOS, HAY LA MISMA QUEBRADA, PERO TENEMOS UN PUENTE NUEVO. LO ÚNICO QUE SE RUEGA QUE EL INVIERNO NO SEA TAN COPOSO, LOS INVIERNOS YA NO SON LOS MISMO FELIZMENTE. PUES ESE FUE EL PEOR INVIERNO. SE QUEDABAN AISLADOS LOS CARROS Y ESE ES EL INVIERNO MÁS TRISTE.

(PROVEEDORA DE SALUD. PIURA).



CONCLUSIONES

>>> 1. DOCUMENTACIÓN DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA

La documentación sobre casos de muerte materna es escasa y pobre. Los expedientes a los que se ha tenido acceso no solo están incompletos, sino que su registro es muy deficiente (letra no legible, inconexa, donde se obvia información clave).

Sumado a ello, la documentación tampoco permite tener una idea clara de los procedimientos, por lo que resulta muy difícil asegurar si la calidad de atención, seguridad y monitoreo que debieron recibir las adolescentes fue el adecuado. Solo en uno de los casos se puede derivar por la información que efectivamente hubo negligencias. En este sentido, cabe preguntarse en base a qué vienen trabajando los Comités de Mortalidad Materna y si esta dificultad está afectando, o no, sus conclusiones y recomendaciones.

Los problemas en la documentación además de afectar el derecho a la información, también afectan al debido proceso, en caso de vulneración de derechos. Como toda muerte sujeta de investigación, como es el caso de las muertes maternas, debería estar muy claramente establecidos los diagnósticos, las causas directas de muertes, entre otros datos, toda vez que ello puede constituir el medio para el acceso a la justicia y el derecho a la reparación.

>>> 2. LA VIOLENCIA COMO UN EJE CONSTANTE EN SUS VIDAS

La violencia para estas adolescentes no es un hecho que emerja con el embarazo, sino que es una característica preexistente. La mayoría de estas adolescentes ya estaban signadas por la falta de valoración por parte de quienes supuestamente deberían haberla protegido. Lo que ha hecho el



embarazo en última instancia es acrecentar su nivel de vulnerabilidad frente a un destino casi predeterminado. Ninguna de estas adolescentes tuvo un soporte efectivo, ni siquiera aquellas que recurrieron al lugar adecuado, como es el caso de una de ellas que murió a causa de un aborto séptico, habiendo ido antes a tratarse al centro de salud. Así, ellas en un corto periodo experimentaron la negativa sostenida de un sistema que probablemente hubiese funcionado si hubiesen sido mayores y valorizadas por su entorno.

Cabe recalcar que la violencia no es un proceso aislado o asociado a determinados sucesos. Se trata de formas y/o estructuras que “norman” o “rigen” cómo será tu vida. Se entiende así la importancia de un contexto social donde la marginalización, pobreza y ausencia de oportunidades dan pie a situaciones de maltratos y negligencia, y cuyo resultado final es romper el precario equilibrio del embarazo hacia un desenlace fatal.



>>> 3. LA PÉRDIDA DE CONTROL: DECISIONES QUE PUDIERON SALVAR SUS VIDAS.

Ausencias y desprotección

A ninguna de estas adolescentes el embarazo las ayudó a transitar hacia el control de sus propias vidas, sino todo lo contrario. Al parecer, con el embarazo terminaron de perder lo poco que tenían, como por ejemplo el cuidado de los suyos, para dar paso al castigo, las reprimendas y a la desvalorización, incrementando así su fragilidad. En casi todos los casos las adolescentes fueron castigadas, negándoseles cualquier decisión que hubiese sido vital para salvarse.

Finalmente, fueron otros quienes decidieron si ellas necesitaban o no atención médica; que decidieron recurrir o no al servicio de salud, siendo evidente que en la mayoría de los casos no fue el interés prioritario de las adolescentes el que prevaleció, sino otras motivaciones, como el castigo, la represalia, los intereses económicos o el bienestar de los otros miembros de la familia, incluyendo las parejas. Si bien las propias familias no garantizaron para estas jóvenes el cuidado necesario, menos lo hicieron las familias políticas.

>>> 4. EL EMBARAZO COMO UNA SITUACIÓN NO DESEADA Y CASTIGADA

Para la mayoría de las adolescentes el embarazo fue una situación no deseada, donde al parecer la única certeza que tenían era que nadie las iba a ayudar. Por esta razón, ellas no comparten con nadie su situación, ocultando el hecho hasta las últimas consecuencias.

El embarazo para este grupo implicó no solo haber escapado al control de la autoridad, sino también una ruptura de sus vínculos, los que eran sumamente precarios, que tal como se demuestra luego, no fueron suficientes para salvarlas de la muerte.

En la mayoría de los casos hay evidencias de los múltiples castigos que recibieron estas adolescentes: el rechazo social, el aislamiento, la violencia física, psicológica y, en última instancia, la negativa de auxilio, que fue lo finalmente acabo con ellas.

>>> 5. LA MATERNIDAD DESEADA

Aunque no se trata de la mayoría de los casos, es necesario reconocer que la maternidad puede ser un asunto deseado y puede constituirse como un proyecto de vida. Esto no implica ensalzar la maternidad ni considerarla como un hecho inalterable en la vida de las mujeres, pero sí tener suficiente amplitud para reconocer por donde van las necesidades de las adolescentes. Pareciera ser que las adolescentes, al embarazarse, buscan algún un tipo de “independencia”, en donde se salen del yugo de la familia para pasar a estar bajo el cuidado del marido, donde tendrían un rol más protagónico.

Sin embargo, esto en ningún caso se concreta sino significa el alejamiento total de la familia de la adolescente, deserción escolar, poco cuidado médico, alejamiento del grupo de pares, lo que termina exponiéndolas a situaciones de riesgo, en su mayoría irreversibles.

>>> 6. LAS DEMORAS QUE OPERAN EN LAS ADOLESCENTES

Un primer elemento que juega en contra de la intervención basada en la reducción de demoras es la decisión de la propia adolescente de ocultar las complicaciones, especialmente el aborto inseguro, pues finalmente su objetivo principal es el de ocultar el embarazo a como dé lugar. Un segundo tipo de demoras identificada en este estudio son las demoras originadas por el entorno familiar, que al parecer se niegan a brindar auxilio o impiden que estas adolescentes recurran de manera oportuna a los establecimientos. Una menor proporción de demoras pareciera estar asociada más bien a la no aplicación de los protocolos de atención. Así tenemos que un área necesaria a trabajar es el reconocimiento de cómo la violencia está íntimamente relacionadas a estas demoras o negligencias.



>>> 7. LOS LÍMITES DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN EFECTIVA EN LA PREVENCIÓN DE MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES

Las mujeres adultas que por lo general gozan de mayor autonomía y cuyos embarazos generan gran empatía, tienden también a lograr un entorno familiar comunitario y de servicios de salud favorable en la reducción de las demoras que causan la muerte. Sin embargo, en el caso de las adolescentes, ello no opera en el mismo sentido, por lo tanto el modelo resulta poco eficaz sino no se pone en su base ciertas facilidades que ayuden a establecer un vínculo más acogedor que ayude a estas adolescentes a disminuir el impacto del aislamiento y la desinformación.

Una de estas facilidades podrían ser los centros diferenciados de atención a los y las adolescentes, donde puedan recibir el soporte necesario, la consejería y el acompañamiento que requiere una adolescente en una situación de riesgo extremo. De esta manera, los centros diferenciados ya no solo serían una estrategia para alcanzar los servicios de salud sexual y reproductiva a los y las jóvenes, sino también deberían ser considerados como una de las herramientas para reducir la morbilidad materna de las adolescentes.

>>> 8. POBRE COMPROMISO DE LAS ESCUELAS

A estas condiciones de precariedad absoluta se le añade el rol muy marginal de las escuelas. Si bien la escuela debe ser la primera institución donde las adolescentes se insertan en la sociedad, aquí ocurre todo lo contrario. Fue su poca atención en las adolescentes, lo que los hizo indiferentes ante los sucesos. Sin duda las escuelas pudieron influir en un sentido distinto, las profesoras y profesores pudieron identificar los cambios de conducta, los signos y síntomas. De igual modo, estos pudieron indagar sobre las razones de las ausencias, detectando sobre todo los casos de violencia familiar y probablemente, con la adecuada articulación entre el sector Salud y Educación, influir en una participación más oportuna de los establecimientos de salud.

Más aún, la escuela es también un espacio de violencia. Los niños, niñas y adolescentes están expuestos/as a violencia sexual. Esto sumado a la poca calidad de la escuela, donde existe una gran deserción escolar, de tal manera que este espacio deja de ser un factor protector primordial, donde no se ofrecen redes de apoyo a la construcción de un proyecto de vida a las adolescentes.

>>> 9. EL POBRE COMPROMISO DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Aunque se reconoce que la prevención de la mortalidad materna -no solo es sanitaria- depende de un conjunto más amplio de instituciones y de políticas, no podemos obviar el rol jugado por los centros de salud, sobre todo en estos casos, donde incrementaron la vulnerabilidad de las adolescentes. Algunas de las explicaciones para ello podrían estar relacionadas en la censura que hay sobre el ejercicio sexual de las adolescentes, que juega un nefasto papel en la confianza de éstas para acudir a los servicios de salud, donde muchas veces no responden a sus necesidades, servicios que podrían estar enfocados más en la interrupción del embarazo. Así se afecta de manera dramática el derecho a la vida y a la decisión propia. Tal como puede verse en sus propios resultados, por lo que se podría también calificar esta negligencia como un acto de violencia institucional contra las adolescentes.

Añadido a este tema, más vinculado a la limitada visión de los derechos humanos de las adolescentes, están también las limitadas competencias técnicas halladas. Considerando que el presente estudio no ha pretendido hacer una valoración si los procedimientos empleados fueron adecuados o no, rápidamente se ha podido comprobar las serias limitaciones que enfrentan los proveedores de salud en los establecimientos sanitarios de primer nivel, que no sólo tienen que ver con el incumplimiento de protocolos, sino también con la falta de recursos disponibles que hubiesen podido salvar la vida de estas adolescentes.

RECOMENDACIONES

- >>> **1.** Si bien reconocemos que las deficiencias del sistema de salud actual no nos permiten aún contar con historias electrónicas, es necesario concientizar a los médicos, enfermeras y obstetras en la necesidad de mejorar la calidad de información que es registrada y la legibilidad de la misma, no solo para un mejor seguimiento de la evolución, sino también como un documento que podría ser muy útil en las auditorías y en las medidas correctivas que tendrían que darse frente a las demoras que se identifican en el interior de los propios servicios y que, finalmente, implican la muerte.
- >>> **2.** Urge trabajar en el tema de la violencia como un continuo, donde una de las áreas claves es la violencia infantil, en especial aquella que se produce en el ámbito doméstico, con clarísimas consecuencias luego en la dimensión sexual y reproductiva de las adolescentes.
- >>> **3.** Se debe poner atención en los subregistros, especialmente en casos de muertes incidentales como los suicidios. Este es un punto en el que se tiene que poner atención en los registros vitales, especialmente en el de las localidades en donde hay dificultades para estudios de necropsia. Esto tiene una particular importancia para las muertes de niñas entre los 10 y 15 años, donde se estima que casi una cuarta parte de muertes maternas en este grupo de edad no estarían siendo consideradas.
- >>> **4.** Se requiere centrar atención en las adolescentes que tienen limitaciones escolares. Este podría ser un indicador que las escuelas podrían tener para poder hacer los seguimientos y apoyos correspondientes a las y los estudiantes con problemas de aprendizaje. Para ello deberían organizarse



jornadas especiales para mejorar el rendimiento educativo, así como para plantear alternativas educativas en educación ocupacional, etc., lo que podría ser una ruta también para que las adolescentes que no ofrecen potencial educativo puedan tener otras oportunidades.

- >>> 5.** El funcionamiento real de los servicios diferenciados resultan imperativos, sobre todo en los lugares donde existen altas prevalencias de embarazos en adolescentes. Es muy importante tomar en cuenta que la confianza y empatía entre proveedores/as de los servicios de salud diferenciados y las usuarias tienen que generarse previo al embarazo y que es necesario establecer un vínculo efectivo entre estos servicios diferenciados y las escuelas.

- 
- >>> **6.** Se debe incorporar en la atención de gestantes adolescentes un componente de análisis de violencia. Es preciso reconocer que el embarazo temprano no solo expone componentes de la salud física, mental y social, sino que enfrenta a las adolescentes a situaciones muy críticas de violencia por parte del entorno familiar, social e institucional
- >>> **7.** Las escuelas, por ser la institución de mayor vínculo con los y las adolescentes, tiene que introducir dentro de sus funciones no solo los aspectos preventivos del embarazo adolescentes, con un apropiado programa de educación sexual, sino también el apoyo y soporte activo a las adolescentes que se embarazan. Los profesores podrían tener un rol importante de apoyo a las adolescentes al funcionar como intermediarios entre la familia y las jóvenes estudiantes, y así evitar la deserción escolar, generándose de esta manera entornos menos agresivos para las adolescentes.
- >>> **8.** Los y las profesoras tienen también que valorar los efectos adversos vinculados al embarazo que podrían estar teniendo a las niñas y adolescentes con altos niveles de repitencia o cuyo avance académico no sea el esperado, en la medida en que al parecer son estas las adolescentes más vulnerables al embarazo no deseado.
- >>> **9.** Se necesita trabajar alternativas viables para las adolescentes gestantes. Dada su condición de vulnerabilidad y de apoyo del entorno social, es más probable que sean este tipo de gestantes quienes requieran del apoyo de las casas maternas.
- >>> **10.** Se tiene que poner énfasis en promover acciones que mejoren el empoderamiento de las gestantes en la toma de decisiones. Paquetes de información, incorporación de consejerías especializadas para adolescentes gestantes, acompañamientos, asesoría para continuar planes de vida,

asesoría legal, etc., podrían ser fundamentales para que estas puedan tomar el control de sus propias vidas y tener mejores condiciones para manejar las situaciones adversas de violencia.

- >>> **11.** El sistema sanitario tiene que mejorar sus capacidades y competencias. El primer nivel de atención tiene que tener condiciones para actuar de manera oportuna. La presencia de los proveedores, el cumplimiento de horarios, etc., constituyen temas necesarios a seguir fortaleciendo.
- >>> **12.** Se necesita un programa bien estructurado de atención integral de la gestante adolescente que incluya la valoración del riesgo del embarazo y la disponibilidad de la interrupción legal del embarazo, en caso fuese necesario. Para ello se requiere de personal competente.
- >>> **13.** Se requiere que en los programas e intervenciones de violencia familiar y sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, dada la vulnerabilidad que enfrentan las gestantes adolescentes, se incluya un componente que aborde la protección particular que estas ameritan. Ello debe incluir las posibilidades de trabajar con las adolescentes y la alternativa de la adopción.
- >>> **14.** Finalmente, se necesita mejorar los sistemas de información y de documentación de las muertes maternas, pues si bien hasta la fecha no se puede contar con historias electrónicas, es necesario concientizar a los médicos, enfermeras, obstetras y personal en general vinculado a la atención de la gestante, que es fundamental el registro adecuado de datos y su legibilidad, lo que debería ser un asunto mandatorio no solo para un mejor seguimiento de la evolución sino también como un documento que podría ser muy útil en las auditorías y en las medidas correctivas que tendrían que darse frente a las demoras que se identifican en el interior de los propios servicios y que, finalmente, implican la muerte.





ANEXOS

MATRIZ METODOLÓGICA Y CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN

El cuadro de operacionalización pretende responder de manera minuciosa los temas específicos que se han ido introduciendo y que tienen que ver con las relaciones sociales, violencia, acceso a salud, entre otros, que se han propuesto levantar desde los diversos actores, permitiendo así reconstruir las historias de vida de estas adolescentes, contadas por quienes las conocieron.

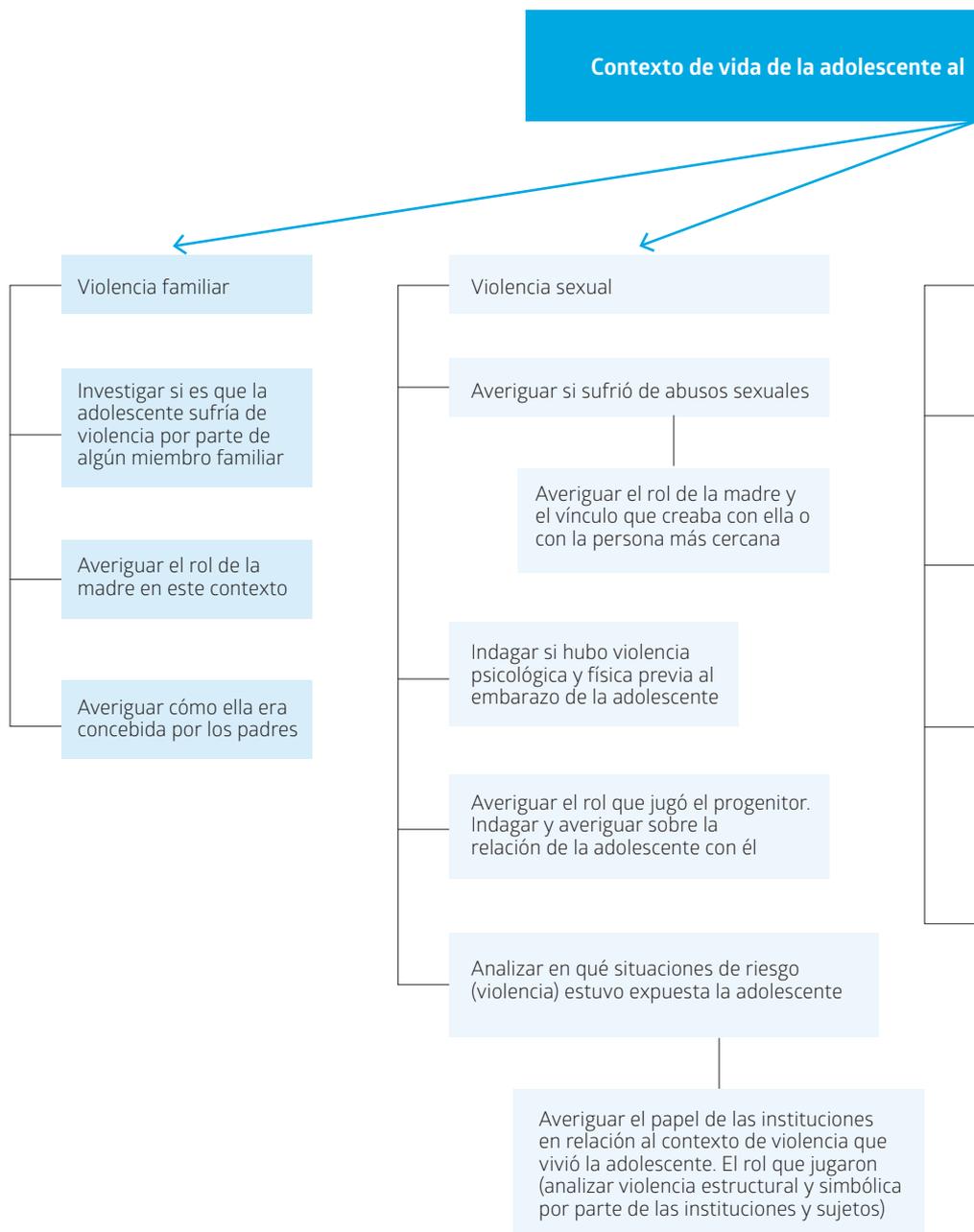
ANEXO 1. MATRIZ METODOLÓGICA

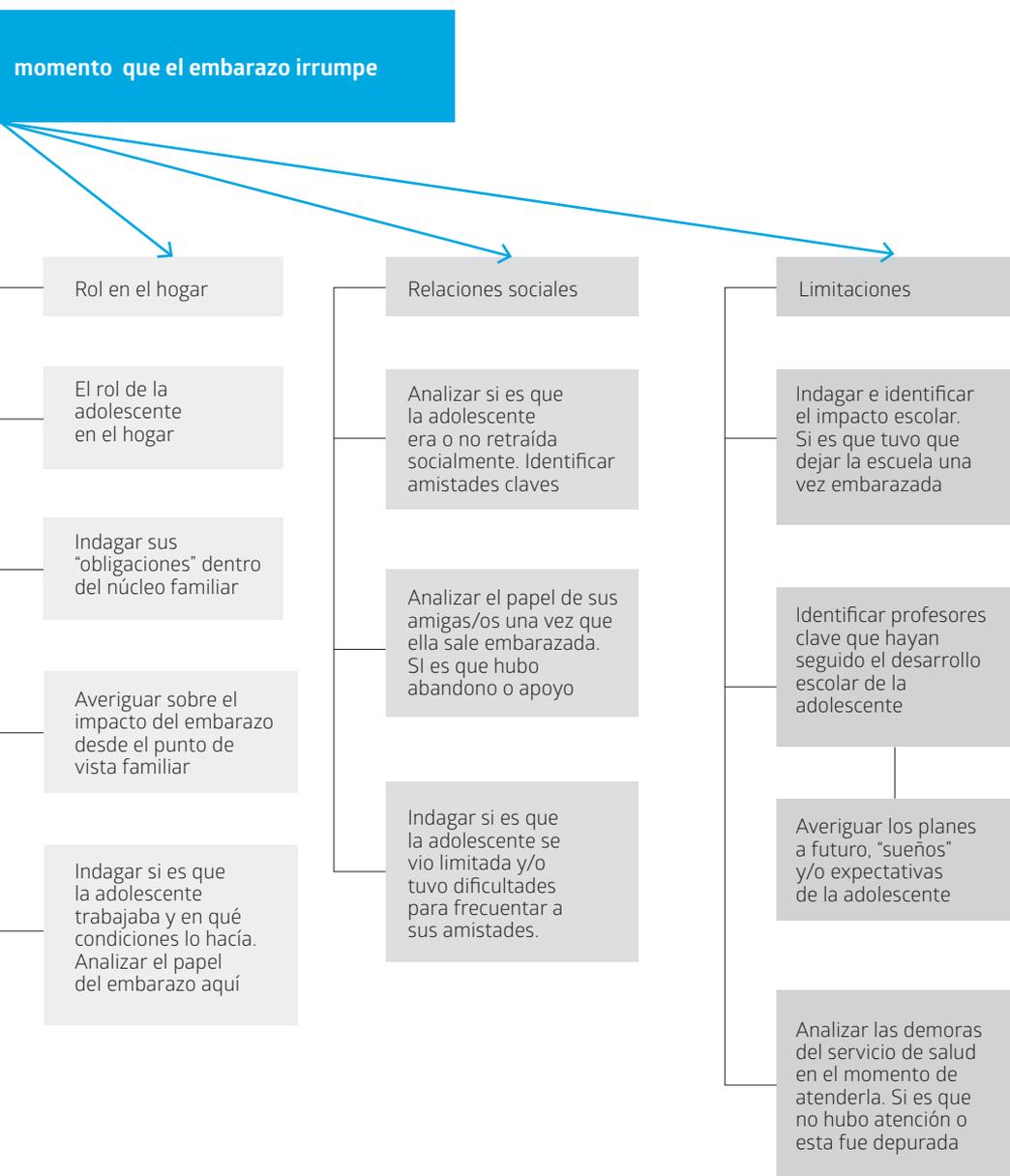
	Sub preguntas	Temas específicos
¿Cómo se asocia la violencia con el embarazo y muerte materna en adolescentes del Perú?	¿Cuál era el contexto en el que vivía la fallecida al momento en el que el embarazo irrumpe su vida siendo ella una adolescente?	Violencia física y psicológica familiar, violencia sexual, explotación laboral, relaciones sociales, limitaciones (salud, educación)
	¿Cuál fue el impacto del embarazo temprano en la vida de la adolescente y su entorno?	Violencia sexual, Violencia psicológica Violencia familiar, relaciones sociales. Servicios de salud, Educación en la adolescente
	¿Cómo opera la violencia en la toma de decisiones para evitar la muerte materna?	Violencia. Violencia sexual, violencia familiar, redes sociales. Limitaciones (ante la familia, amigos, sistemas de salud)



Fuentes de información (Sujetos y/o situaciones o espacios)	Instrumentos	Herramientas y registro
Madres de familia Amigos y/o familiares (menores de edad) Parejas sentimentales Profesores Lugares: casas, plazas, colegios	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Observación participante	Guía de entrevistas Guía de observación Registro: grabadora de voz, cuaderno de campo, lapicero, cámara fotográfica
Madres de familia Amigos y/o familiares (menores de edad) Pareja sentimental Proveedores de salud Profesores Lugares: casas, plazas, colegios, institución de salud	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Observación participante	Guía de entrevistas Guía de observación Registro: grabadora de voz, cuaderno de campo, lapicero, cámara fotográfica
Madres de familia Amigos/familiares (menores de edad) Proveedores de salud	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Observación participante	Guía de entrevistas Guía de observación Registro: grabadora de voz, cuaderno de campo, lapicero, cámara fotográfica

ANEXO 1.
CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN







ANEXO 2.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE SEGURIDAD PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

El estudio fue sometido al Comité de Ética del Hospital 2 de Mayo, el cual luego de una exhaustiva revisión de los protocolos, autorizó el desarrollo de este estudio.

Todas las personas entrevistadas fueron consultadas y expresaron su consentimiento informado al inicio de la entrevista, la cual fue grabada. Para el desarrollo de este estudio se tuvo en cuenta lo siguiente:

- a) *El manejo cuidadoso de la imagen de las fallecidas: llamándolas por sus nombres y salvaguardando los documentos y registros que den cuenta de su identidad.*
- b) Informantes adolescentes: se tuvo autorización de sus padres o tutores, y de ellos mismos.
- c) *Competencia de las entrevistadoras:* El equipo de campo estuvo conformado por personas entrenadas y familiarizadas con el tema de salud materna. En ningún caso hubo participación de las entrevistas de personal de salud que actualmente trabaja en la zona. Todas las entrevistadoras tenían conocimiento de la zona o fueron acompañadas por alguien que sí la conocía. Este fue un modo de evitar cualquier conflicto de interés.

Limitaciones y viabilidad de la investigación:

Es importante señalar en primer lugar que el presente estudio básicamente describe y analiza los casos identificados y que no pretende dar cuenta de todos los casos de muerte materna en adolescentes, aunque estos sí podrían servir para el desarrollo de estudios más amplios.

En segundo lugar es importante hacer notar que el estudio aborda solo aquellas muertes que han sido reportadas por las Direcciones Regionales de Salud, cuyos procesos de investigación han concluidos y los reportes ingresados. Es probable que esto haya hecho que se dejen de lado otros



**“ A ELLA SÍ LE GUSTABA IR
A LA ESCUELA, CUANDO
CONVERSÁBAMOS ELLA DECÍA
QUE QUERÍA SER ALGUIEN
EN LA VIDA: “¡NO QUIERO
QUEDARME ASÍ, SIN NADIE!,
¡YO QUIERO ESTUDIAR!”. ”**

(AMIGA DE ADOLESCENTE ROSI. PIURA. CASO ROSI).

casos que aunque respondan a muertes maternas no han sido reportados como tales.

Un tercer elemento a tomar en cuenta es que los datos recogidos son referenciales de personas que conocieron o estuvieron en contacto con la adolescente fallecida, por lo tanto las conclusiones reflejan la mirada de otras personas y no de las fallecidas.

BIBLIOGRAFÍA

Arcos, E; Uarac, M; y Molina, I. "Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil". *Revista médica de Chile*, vol. 131, n.º 12. Santiago de Chile: Scientific Electronic Library Online, 2003, pp. 1454-1462;

Arriagada, S. *Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual. ¿Qué puede cambiar?* Lima: PROMSEX - UNFPA, 2011; y Stern, Claudio. "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente". *Papeles de Población*, vol. 10, n.º 39. México D.F: Universidad Autónoma de México, 2004, pp. 129-158.

Blaya, C.; Debarbieux, E.; y Rubi, S. *Gender and violence in schools*. Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2003/4. París: UNESCO, 2003.

Bolaños, M. y Quirós G. *La violencia escolar: un reflejo de la problemática de la sociedad actual*. Costa Rica: Ediciones EUNED, 2002

Browne, A. y Finkelhor, D. "Initial and long-term effects: A review of the research". En: Angela Browne y David Finkelhor, eds. *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage Publications, 1986.

Browne, A. y Finkelhor, D. "Initial and long-term effects: A review of the research". En: Angela Browne y David Finkelhor, eds. *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage Publications, 1986.

Conte, R. Schuerman, J. The Effects of Sexual Abuse on Children: A Multidimensional View. *J Interpers Violence*, vol. 2. Thousand Oaks: Sage Publications, 1987, pp. 380-390.

Defensoría del Pueblo. *Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA. Informe Defensorial n° 138*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2008. Ver en: goo.gl/UkORMC



Del Carpio, L. "Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012". *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, vol. 30 n.º 3. Lima: Instituto Nacional de Salud, 2013, pp. 461-464.

Dirección General de Epidemiología. *La mortalidad materna en el Perú 2002-2011*. Lima: Ministerio de Salud (MINSA) - Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2013. Ver en: goo.gl/ViuK16

Fuller, Norma. *Masculinidades: cambios y permanencias*. Lima: PUCP, 2001.

Ganchimeg, T.; Ota, E.; Morisaki, N.; Laopaiboon, M.; Lumbiganon, P.; Zhang, J.; et al. "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study". *BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 121. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc., 2014, pp. 40-48. Ver en: goo.gl/nWYcAk

Galtung, J. *Violencia cultural*. Bizkaia: Centro de Investigación por la Paz, 2003.

Goffman, Erwing (1963), *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, 2006

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Mortalidad materna*. Nota descriptiva n.º 348.

Ginebra: OMS, 2014. Ver en: goo.gl/1cLnC1

Hodgkinson, S.C.; Colantuoni, E.; Roberts, D.; Berg-Cross, L.; y Belcher, H.M. "Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers". *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, vol. 23. New York: Elsevier Inc., 2010, pp. 16-22.

Huanco, A.D.; Ticona, R.M.; Ticona, V.M.; y Huanco, A.F. "Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008". *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol.77, n.º 2. Santiago de Chile: Scientific Electronic Library Online, 2012, pp. 122-128.

INEI. Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007. Lima: INEI, 2010.

Lancaster, C.A.; Gold, K.J.; Flynn, H.A.; Yoo, H.; Marcus, S.M.; y Davis, M.M. "Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review". *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 202, n.º 1. New York: Elsevier Inc., 2010, pp. 5-14.

Larraín, S. y Bascuñán, C. "Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro". *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, n.º 9. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNICEF TACRO), 2009, pp. 4-9.

Luna, M.; Salinas J.; y Figueroa, A. Depresiones mayores en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 26, n.º 4. Washington D.C.: Scientific Electronic Library Online, 2009, pp. 310-314. Ver en: goo.gl/yBEfOM

Mingo, Ai. "Ojos que no ven... Violencia escolar y género". *Perfiles educativos*, vol. 32, n.º 130. México D.F.: Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, 2010, pp. 25-48.

Ministerio de Educación, Rutas del Aprendizaje Versión 2015, Que y cómo aprenden nuestros niños II Ciclo, Área Curricular Personal y Social, 3, 4 y 5 años de Educación Inicial. Ver en <http://recursos.perueduca.pe/rutas/>

Mujica J (2015), revista ANTHROPOLOGICA de la PUCP. Trayectorias y ciclos de explotación sexual y trata para la explotación sexual de mujeres en la Amazonía peruana. <http://goo.gl/nj4GvD>

Mujica, J; Zevallos, N; y Vizcarra, S. *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*. Lima: PROMSEX, 2013.

Monteiro da Cunha, F; Tavares, R; Azevedo R; De Ávila, L; Dias de Mattos, L.; Dias R.; et al. "Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 35, n.º 1. São Paulo: Scientific Electronic Library Online, 2013, pp. 51-56. Ver en: goo.gl/MfZ2JX



Munévar-Munévar, D. y Mena-Ortiz, L. "Violencia estructural de género". *Revista Facultad de Medicina*, vol. 57, n.º 4. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2009, pp. 356-365.

Näslund-Hadley, Emma y Binstock, Georgina. *El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase*. New York: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2011. Ver en: goo.gl/XLNaw

Näslund-Hadley, Emma y Manzano, Gábor. *Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente?* New York: BID, 2011.

Nove, A.; Matthews, Z.; Neal, S.; y Camacho, A. "Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries". *The Lancet Global health*, vol. 2, n.º 3. Londres: Elsevier, 2014, pp.155-164. Ver en: goo.gl/nWYcAk

Observatorio Salud Sexual y Reproductiva. *Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna*. Hoja Informativa n.º 3. Buenos Aires: CEDES - CREP - IIE/ANM, 2010.

Oliveira, F.C.; Surita, F.G.; Pinto, E.S.J.L.; Cecatti, J.G.; Parpinelli, M.A.; Haddad, S.M.; et al. "Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study". *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 14, n.º 77. Londres: BioMed Central, 2014, pp. 1-9.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011*. Lima: INEI, 2013. Ver en: goo.gl/7jxzTH

Ragúz, María. *Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, femineidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), 1995;

Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; y Rio, C. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2004.

Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). *La juventud en el Perú*. Lima: UNFPA, 2013. Ver en: goo.gl/n83RUi

Stern, C. "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente". *Papeles de Población*, vol. 10, n.º 39. México D.F.: Universidad Autónoma de México, 2004, pp. 129-158.

Tarqui-Mamani, C.; Barreda, A.; Barreda, M.; y Sanabria-Rojas, H. "Prevalence of the attempts to stop pregnancy and associated factors in a marginal suburban community in Lima-Peru, 2006". *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, vol. 27, n.º 1. Lima: Instituto Nacional de Salud, 2010, pp. 38-44.

Tamayo, Giulia. *Bajo la piel: derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001.

Távora, L.; Jacay, S.; y Dador J. *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal*. Lima: Centro de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), 2007.

Valencia, J. "Proceso de conceptualización de los derechos del niño". *Derechos Humanos del Niño en el Marco de la Doctrina de la Protección Integral*. Lima: Acción por los Niños, 1999, pp. 65-110.

Viviano, T. *Abuso Sexual. Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), 2012. .

Yamin, A.; Cole, J.; y Moore, T. *Demoras fatales. Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para la maternidad segura*. Washington D.C.: Physicians for Human Rights, 2007.

*Historias para no olvidar. La violencia como factor
asociado a la muerte materna de adolescentes.
Un estudio cualitativo. Perú 2012-2014*
de Susana Chávez Alvarado y Elisa Juárez Chávez
se terminó de imprimir en setiembre 2015
en Lettera Gráfica. Lima, Perú

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

www.promsex.org



PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

www.promsex.org

Con el apoyo de



El presente estudio se basa en el análisis de 10 casos de muertes maternas ocurridas entre los años 2012 y 2014 en dos regiones del Perú (Ucayali y Piura) y que forman parte de las aproximadamente 180 muertes maternas de adolescentes producidas en ese mismo periodo a nivel nacional. Con este análisis se propone dar cuenta de la asociación que existe entre la violencia familiar, sexual y estructural -vivida por este grupo de adolescentes- y la muerte materna, pero que, para la estadística oficial pasará desapercibida, perdiéndonos así de información clave que podría evitar muertes, que nunca debieron ocurrir.

