



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Poffald, Lucy; Hirmas, Macarena; Aguilera, Ximena; Vega, Jeanette; González, María José;
Sanhueza, Gabriel
Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo
en Chile
Salud Pública de México, vol. 55, núm. 6, noviembre-diciembre, 2013, pp. 572-579
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628941004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile

Lucy Poffald, M en Ps S,⁽¹⁾ Macarena Hirmas, MSP,⁽¹⁾ Ximena Aguilera, MC,⁽¹⁾ Jeanette Vega, MC, DSP,⁽¹⁾ María José González, L en C Pol,⁽²⁾ Gabriel Sanhueza, MC.⁽¹⁾

Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G.
Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile.
Salud Publica Mex 2013;55:572-579.

Resumen

Objetivo. Analizar barreras y facilitadores de acceso a control prenatal en adolescentes urbanas de 15-19 años en Santiago, Chile. **Material y métodos.** Estudio cualitativo con 17 madres adolescentes basado en la teoría fundamentada. Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas y un grupo focal. **Resultados.** La negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera para ingresar a control en el grupo de acceso tardío; no se identificaron facilitadores. Para mantenerse en control, todas las participantes identifican como facilitador contar con una figura de apoyo. La vulnerabilidad familiar y social explica que algunas adolescentes ingresen a control tardíamente. **Conclusión.** La presencia de facilitadores es determinante para el ingreso oportuno y mantenerse en control, ya que reduce o anula el efecto de las barreras. El sistema de salud debe constituirse en un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes favoreciendo un vínculo de confianza y respeto.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud; inequidad en salud; equidad en salud; atención prenatal; adolescentes; Chile

Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G.
Barriers and facilitators to antenatal care in adolescents: Results of a qualitative study in Chile.
Salud Publica Mex 2013;55:572-579.

Abstract

Objective. Analyze barriers and facilitators of access to prenatal care in pregnant urban adolescents between 15-19 years of age in Santiago, Chile. **Materials and methods.** Qualitative study based on grounded theory with 17 adolescent mothers. Eleven semi-structured interviews and one focus group were conducted. **Results.** The denial and concealment of pregnancy is the main barrier to start the prenatal care in the "delayed access group". This group does not identify facilitators. For maintenance in antenatal care, all participants identified a support figure as a facilitator. Family and social vulnerabilities explain why some adolescents start the prenatal care late. **Conclusion.** The presence of facilitators is crucial for both, the timely entry and the maintenance in antenatal care because they reduce or nullify the effect of barriers. The health system must become a facilitator to accompany adolescents and promote a bond of trust and respect.

Key words: health service accessibility; health inequity; equity in health; prenatal care; adolescents; Chile

(1) Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

(2) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso. Chile.

Fecha de recibido: 5 de diciembre de 2012 • **Fecha de aceptado:** 30 de agosto de 2013
Autor de correspondencia: Lucy Poffald A. Av. Las Condes 12.438, Lo Barnechea, Santiago, Chile.
Correo electrónico: lpoffald@udd.cl

El 11% de los nacimientos en el mundo ocurren en mujeres menores de 20 años (16 millones), 95% en países en desarrollo, variando entre 2% en China y 18% en América Latina y el Caribe. Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y Estados Unidos concentran la mitad de los partos adolescentes.^{1,2}

El embarazo adolescente (10 a 19 años), es un problema social con importantes consecuencias en salud pública que impacta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.^{3,4} Las adolescentes entre 15 y 19 años duplican el riesgo de morir en el parto que las mayores de 20 años y este riesgo aumenta cinco veces en menores de 15 años. Las principales causas de mortalidad materna son complicaciones del embarazo, parto, puerperio y aborto.^{4,6}

Muchas veces el embarazo adolescente deriva en aborto inducido e inseguro. Dado que en la mayor parte de América Latina el aborto es clandestino y altamente restrictivo, no existen datos oficiales. Sin embargo, se estima que 30% de los embarazos adolescentes termina en aborto.⁷

En Chile, dada la penalización existente, no hay estadísticas oficiales, pero se estiman más de 160 mil abortos anuales. Aproximadamente una de cada diez mujeres hospitalizadas por esta causa es menor de 20 años, y se calculan más de 4 000 abortos anuales en este grupo.⁷

La mortalidad infantil en hijos de adolescentes duplica la de hijos de mayores de 20 años, asociada a bajo peso al nacer, parto prematuro, pobreza y control prenatal tardío.⁸

En los ámbitos nacional e internacional, el embarazo adolescente tiene consecuencias desfavorables para la madre y el niño: aumenta la deserción escolar y multiparidad, perpetúa la pobreza, interrumpe el desarrollo y rompe las redes sociales.⁹ Más aún, debido a que la pareja es habitualmente un adolescente ausente en su rol paterno, genera abandono afectivo, económico y social, lo que reproduce las inequidades de género.⁷

El embarazo adolescente se relaciona con determinantes sociales como bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, ausencia de proyecto de vida e inequidad en el acceso a servicios de salud, entre otros.¹⁰ Paralelamente, el embarazo en edades tempranas se asocia con violencia sexual.¹⁰ En América Latina se calcula que entre 26 y 50% de las adolescentes embarazadas han sufrido coerción sexual. En Chile, 80% de las víctimas son mujeres y 65%, menores de 15 años. Los victimarios pertenecen en 35.5% al grupo familiar y en 36% al entorno inmediato.^{5,7} Se requiere estudiar qué proporción de embarazos adolescentes es producto de una relación sexual coercitiva que además sería constitutiva de delito.

En Chile 16% de los nacidos vivos (NV) son de madres adolescentes (40 702) con una tasa de 14.3 por 1 000

NV (año 2009). La tasa de fecundidad adolescente ha disminuido, pero su importancia relativa ha aumentado dada la mayor reducción en la fecundidad de mujeres mayores.^{3,11} Más aún, la meta de reducir 30% la tasa de fecundidad adolescente en 10 años no se cumplió.¹²

Pese a la mejoría en las condiciones de vida de los jóvenes, como mayor escolarización, acceso a la atención sanitaria, baja tasa de mortalidad materna adolescente (4.9 por 100 000 NV en 2010) y alta cobertura de atención profesional del parto, el embarazo adolescente es un problema de salud pública en Chile, especialmente en los sectores más vulnerables.

El acceso precoz a control prenatal es la intervención de salud pública de mayor costo-efectividad para reducir la morbimortalidad materna y perinatal.¹³ Actualmente 71% de las embarazadas recibe al menos un control prenatal que varía desde 54% en el sudeste asiático, 69% en África subsahariana hasta 95% en países industrializados.¹⁴

En Chile, el control prenatal es gratuito por ley para quienes no pueden pagar y para las beneficiarias del sistema de salud público y se realiza en los establecimientos de atención primaria de salud (APS).¹⁵ La norma establece el "ingreso a control prenatal" antes de la semana 14 de gestación con al menos seis controles hasta el parto. También define el embarazo entre 17 y 20 años como "de riesgo" y en menores de 16 de "alto riesgo".¹⁶

Las adolescentes de 15 a 19 años representan 20% de los controles prenatales y las menores de 15 años 0.8% (año 2011).¹¹ El 36% de éstas presenta riesgo psicosocial (baja escolaridad, violencia, abuso de sustancias, ingreso tardío a control).¹⁷

Estudios internacionales evidencian que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente.¹⁸ Se identifican barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilización y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años.

Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas.¹⁹⁻²¹

En Chile algunos estudios han contribuido a identificar factores de riesgo y consecuencias del embarazo, a evaluar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a diseñar programas para planificación familiar y control de infecciones de transmisión sexual. No obstan-

te, no abarcan el control prenatal, barreras o facilitadores de acceso y no integran el enfoque de equidad.

En este contexto, el objetivo de este estudio es identificar barreras y facilitadores de acceso al control prenatal desde la perspectiva de adolescentes urbanas que tuvieron un parto en el Hospital Barros Luco Trudeau, uno de los más grandes y de mayor complejidad del país. Su área de influencia abarca una población de zonas vulnerables con calidad de vida urbana (salud, medio ambiente, vivienda) bajo el promedio nacional.²² Cuenta con 23 centros públicos de APS que ofrecen control prenatal sin costo y cercano a los domicilios.

Este estudio pretende contribuir a una mejor comprensión del proceso de acceso a control prenatal en adolescentes y aportar a la elaboración de intervenciones para mejorar el acceso y la atención integral de salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Material y métodos

Estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada realizado en Santiago de Chile durante 2011 y 2012. Las participantes fueron madres adolescentes que tuvieron un parto en 2010 en el Hospital Barros Luco Trudeau.

Se seleccionaron 17 participantes entre 15 y 19 años que cumplían los criterios de residir en municipios con mayor proporción de partos en adolescentes del área de influencia del hospital y haber ingresado al control de embarazo oportuna o tardíamente. El número de participantes se determinó por saturación de la información. Se definió como "acceso oportuno al control prenatal (grupo AO)" el ingreso al control antes de las 14 semanas de gestación y como "acceso tardío (grupo AT)" el ingreso a las 14 semanas de gestación o después.¹⁶

Las técnicas de recolección de información fueron: 11 entrevistas semiestructuradas, siete a quienes tuvieron acceso tardío y cuatro a quienes tuvieron acceso oportuno; y un grupo focal con seis madres de acceso oportuno. Debido a dificultades logísticas del grupo AT no se realizó grupo focal con ellas.

Las técnicas cualitativas de investigación permiten generar un ambiente de confianza y empatía con las participantes y entender su proceso de acceso.²³

En ambas técnicas las dimensiones de indagación fueron:

- Conocimiento del embarazo
- Ingreso a control prenatal
- Ventajas percibidas del control
- Barreras y facilitadores de ingreso y para mantenerse en control
- Recomendaciones para mejorar el acceso

Las participantes fueron convocadas telefónicamente por una profesional quien realizó las entrevistas en sus domicilios. Ninguna rechazó participar. El grupo focal se realizó en un establecimiento de salud, conducido por dos investigadoras del equipo. El traslado fue provisto por las investigadoras. Las entrevistas duraron 45 minutos promedio y el grupo focal dos horas. El material fue grabado y transcrito textualmente.

Al finalizar el proceso, todas las participantes recibieron una tarjeta de canje con valor de 15 dólares con fondos de la investigación en compensación al tiempo dedicado y posibles inconvenientes a raíz de su participación.

Se utilizó consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo. Se garantizó uso anónimo y confidencialidad de los datos.

El análisis del grupo focal y de las entrevistas para cada grupo de acceso se realizó por separado según las fases de la teoría fundamentada.^{24,25}

1. Codificación abierta, analizando línea por línea el material obtenido extrayendo conceptos clave, agrupándolos y reagrupándolos en categorías.
2. Codificación axial, estableciendo relaciones entre conceptos y categorías emergentes de la etapa anterior.
3. Codificación selectiva, integrando y relacionando categorías para construir una conceptualización del proceso de acceso.

Dos investigadoras codificaron paralela e independientemente. En cada fase se consensuaron los análisis. Los desacuerdos se trataron revisando los datos originales. Para asegurar la consistencia interna de la codificación se utilizó la estrategia de "comparación constante".²⁴

Los criterios de rigor científico fueron: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.²³

Para garantizar la credibilidad, los investigadores analizaron en forma independiente las transcripciones, verificando los conceptos principales. Complementariamente, se confirmó que los datos y la interpretación correspondían a lo que las participantes expresaron utilizando las transcripciones y los archivos de audio. Para auditabilidad, se encuentra disponible todo el material utilizado: documentación, transcripciones textuales y archivos de audio.

Para transferibilidad, se realizó la descripción del lugar y características de las participantes donde se estudió el fenómeno, lo que permite plantear que los hallazgos de este estudio pueden encontrarse en contextos similares.

Resultados

Las participantes fueron 17 madres entre 15 y 19 años. En el cuadro I se describen las características según acceso oportuno o tardío a control.

En el *proceso de acceso*, el primer elemento que emerge es que el embarazo es un evento no planificado con alta carga negativa y fuerte reproche cultural de las familias, sistema de salud y contexto social.

...me daba miedo que la matrona me dijera “¿por qué andabas haciendo eso?” si igual yo quedé embarazada a los 17 y entonces me dijo “¿Y tan chica?” (grupo AO)

La vivencia después de sospechar el embarazo es decepcionar a sus familias y frustrar sus planes de vida, predomina el temor a contar a los padres.

Las familias reaccionan negativamente ante el embarazo con descalificación, enojo, expulsión del hogar, tristeza e incertidumbre frente al futuro.

... mi mamá se enojó, mi papá no hablaba, no decía nada... mi mamá lo único que me dijo “te tienes que ir” y yo le digo “me voy, poh”. (grupo AO)

La *confirmación del embarazo* tiene gran variación: desde la búsqueda activa y pronta de mecanismos objetivos (*test* de embarazo o acudir a un profesional) hasta esperar pasivamente que se reinicie la menstruación. Cuando se percibe el aumento del tamaño abdominal, se niegan a sí mismas el embarazo hasta lo insostenible, desarrollando estrategias de ocultamiento de su condición. En el grupo AO, la sospecha, confirmación del embarazo, asunción individual y contar a los padres se hace en menor tiempo que en el grupo AT, que posterga más tiempo la aceptación en un proceso de *negación*.

... yo no lo asumía en realidad... fue como que primero tuve como negación así como que no, no quería, no quería estar embarazada, no quería nada. (grupo AT)

Es posible comprender la negación y ocultamiento del grupo AT desde un contexto familiar y social de mayor vulnerabilidad. La vulnerabilidad familiar se expresa en violencia de pareja y la vulnerabilidad social en condiciones de vida materiales de extrema precariedad que conforman un contexto adverso para asumir el embarazo e iniciar el control. Tampoco tienen experiencias cercanas, ni conocimiento del control y carecen de contacto previo con el sistema de salud a diferencia del grupo AO donde algunas incluso ya habían tomado contacto con el sistema para solicitar anticoncepción.

CUADRO I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEL CONTROL
PRENATAL DE LAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES.
SANTIAGO, CHILE, 2011

	Grupo acceso oportuno	Grupo acceso tardío
N° participantes	10	7
Edad (años)		
Mediana (rango)	17,5 (15-19)	19 (15-19)
Años de estudio aprobados		
Mediana (rango)	11 (7-12)	11 (9-13)
Actividad N°/N° total		
Dueña de casa	6/10	5/7
Estudiante	3/10	1/7
Trabajadora	1/10	1/7
Previsión de salud N°/N° Total		
Fonasa* A [‡]	5/10	4/7
Fonasa B [§]	3/10	1/7
Fonasa C [#]	2/10	2/7
Estado civil N°/N° total		
Soltera	8/10	1/7
Conviviente	2/10	6/7
Paridad N°/N° total		
Primípara	10/10	5/7
Múltipara	0	2/7
Semanas de gestación al primer control prenatal		
Mediana (rango)	8 (6-13)	20 (14-28)
N° controles prenatal		
Mediana (rango)	7,5 (5-11)	6 (1-6)

* Fondo Nacional de Salud, seguro estatal

‡ Carente de recursos o indigente, porcentaje de copago 0

§ Ingreso imponible mensual menor o igual a 375.00 dólares, porcentaje de copago 0

Ingreso imponible mensual mayor a 375.00 dólares y menor o igual a 547.00 dólares, porcentaje de copago 10%

Según art. 9° de la Ley N° 18.469 de 1985, la mujer embarazada tiene derecho, por ley, a acceso y total gratuidad en la atención en la red pública de salud en atención primaria; en atención hospitalaria rigen los porcentajes de copago indicados

... no habíamos tenido cerca una persona que se haya embarazado... cero noción. De hecho no sabía ni que existía la matrona... (grupo AT)

Ambos grupos identifican barreras de ingreso. La negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera de ingreso del grupo AT. El grupo AO identifica barreras de tipo administrativo (obtener consulta), socioculturales (crítica negativa) y pudor (cuadro II).

El temor a ser vistas en el consultorio es identificado como barrera por ambos grupos. El grupo AT no identifica facilitadores de ingreso, mientras que el

grupo AO identifica los siguientes: centro de salud como guía en el proceso, autocuidado, apoyo social, entre otros (cuadro II).

Todas las participantes identifican barreras y facilitadores para mantenerse en control hasta el parto y las de ambos grupos son muy similares. A su vez destacan el maltrato por parte del personal administrativo y lo perciben como de mala calidad y discriminatorio.

CUADRO II
BARRERAS Y FACILITADORES PARA INGRESO Y PARA MANTENERSE EN CONTROL,
SEGÚN GRUPO DE ACCESO OPORTUNO Y TARDÍO. CHILE, 2011-2012

<i>Ingreso a control</i>	
<i>Barreras</i>	<i>Facilitadores</i>
Administrativas: obtención hora de atención	Centro de salud como guía: el centro de salud se hace cargo de la atención integral y acompaña a la adolescente en todo el proceso
Socioculturales: creencia que las profesionales del centro criticarán negativamente la condición de ser adolescente embarazada	Sentido de responsabilidad por el hijo que está por nacer
Oportuno	Vergüenza o pudor a mostrar el cuerpo a un/a desconocido/a
	Autocuidado
	Creencias religiosas
	Apoyo social y acompañamiento de la familia
Tardío	Negación y ocultamiento del embarazo
	Temor a ser vista en el consultorio
<i>Mantenerse en control</i>	
Administrativas: horarios de atención incompatibles	Apoyo social: de la pareja, del establecimiento educacional, de la familia
Maltrato del personal administrativo	Contar con compañía (familiares y amigas) para ir a los controles
Oportuno	Vergüenza o pudor
	Cercanía geográfica del centro de salud Disponibilidad de horas de atención Flexibilidad administrativa con los horarios Buena relación con el/la profesional que controla el embarazo Atención del mismo profesional de salud Cumplimiento de la atención programada Sentido de responsabilidad por el hijo que está por nacer
Tardío	Administrativas: largos tiempos de espera antes de la atención, horarios de atención y escasez de horas en hospital por alto riesgo
	Apoyo social, especialmente los comportamientos concretos de apoyo al control (acompañar, preguntar, reforzar, gestionar las salidas)
	Ausencia de compañía para asistir a control
	Sentido de responsabilidad y autocuidado
	Distancia geográfica del centro de atención
	Información sobre el embarazo y sobre el proceso
	Maltrato de la matrona
	Cercanía del consultorio
	Mala calidad del transporte

...a veces uno tiene dudas y ellos no saben responderlas... igual no es muy buena la atención, pero es lo que a uno le tocó nomás..." (grupo AT)

"Una vez llegué gordita ahí un poquito más tarde y me trataron mal... y me fui... nunca más les vi las caras. (grupo AO)

Finalmente, destacan como facilitadores para mantenerse en control el apoyo social y el sentido de responsabilidad y autocuidado. Las jóvenes del grupo AO identifican mayor cantidad de facilitadores para mantenerse en control (cuadro II).

En la figura 1 se ilustra el proceso de acceso, según grupo de acceso oportuno o tardío, desde la sospecha y confirmación del embarazo, el ingreso a control como hito y las barreras y facilitadores más relevantes.

Discusión

Un elemento esencial que emerge del estudio es que la presencia de facilitadores es determinante para el ingreso oportuno y para mantenerse en control, ya que reducen o anulan el efecto de las barreras.

A su vez, la ausencia de facilitadores se relaciona estrechamente con condiciones de vulnerabilidad familiar y social, lo que coincide con hallazgos en países de bajos ingresos respecto a barreras y facilitadores que enfrentan las adolescentes embarazadas, gran parte de ellas originadas en el contexto social.^{19,21}

Otro aspecto relevante es la ausencia del progenitor en el control prenatal; las adolescentes no le adjudican ningún rol y cuando requieren compañía no es al padre del bebé a quien se solicita apoyo sino a la familia de origen. El embarazo es asumido como exclusivo de la mujer y su familia. La ausencia del progenitor es una expresión de la inequidad de género que se agrega a la discriminación por edad que sufren las adolescentes.¹⁰ El sistema de salud chileno no contribuye a reducir estas inequidades ya que establece un vínculo en el que predomina el estigma social.

Un facilitador central para mantenerse en control es una figura que apoye y acompañe. El sistema de salud cuenta con elementos privilegiados para ello, sin embargo, lejos de facilitar el acceso, produce múltiples barreras, algunas incluso obstaculizan el acceso a servicios de anticoncepción.

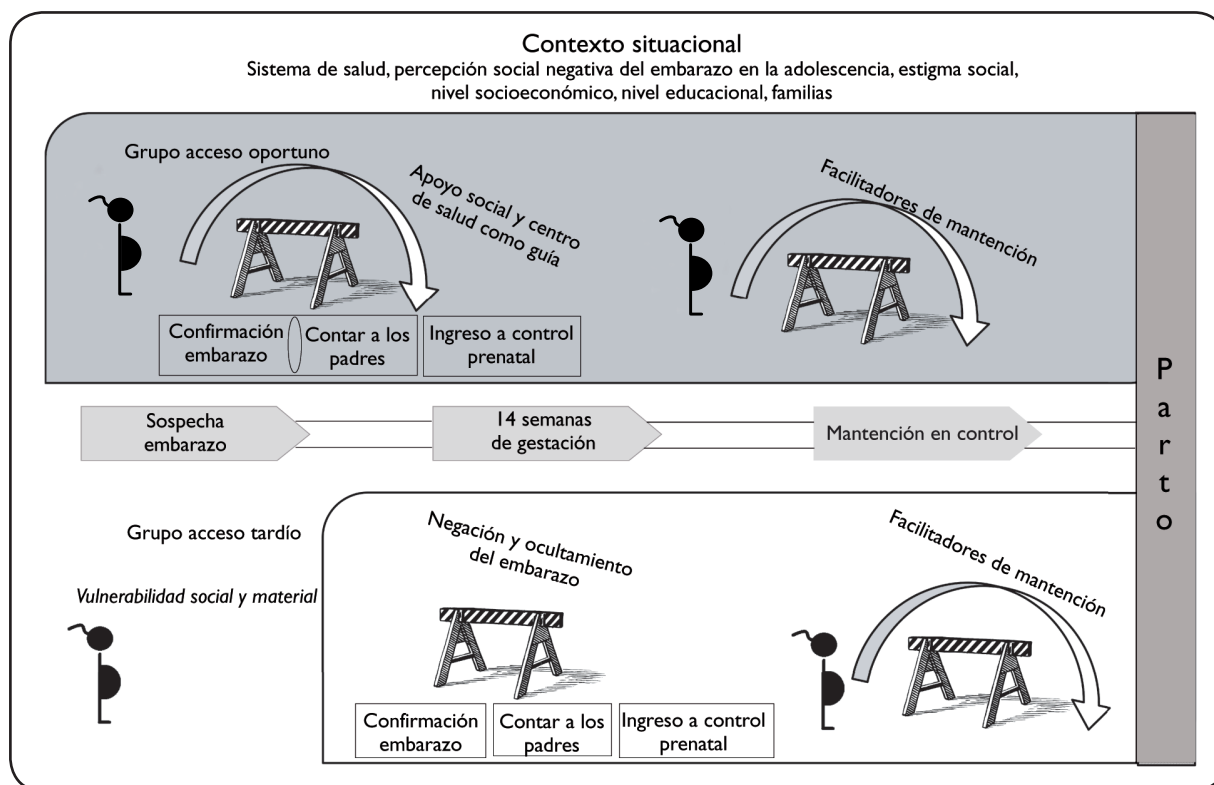


FIGURA 1. RELACIÓN ENTRE FACILITADORES Y BARRERAS SEGÚN GRUPOS DE ACCESO

Algunas barreras coinciden con hallazgos de estudios chilenos en prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva, como las barreras burocráticas para el ingreso a atención, horarios rígidos y prejuicios por parte del personal de salud, entre otros.²⁰ Otras, como la negación, reconocimiento tardío del embarazo y ausencia de apoyo social son similares a las identificadas por embarazadas adultas vulnerables de países desarrollados.²⁶

La adecuación del sistema de salud a las necesidades de los adolescentes requiere cambios organizacionales y administrativos, como por ejemplo disponer de horarios flexibles de atención y separar la atención individual de la familiar. También se requiere desarrollar competencias del equipo de salud para asegurar la confidencialidad, respeto y trato digno, evitando el estigma, promoviendo confianza interpersonal y desarrollando un vínculo estable. Es especialmente necesario que el sistema de salud se constituya estructuralmente en un facilitador que acompañe desde temprano el desarrollo de los adolescentes.

Actualmente, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes implementó un control de salud del joven sano en APS, intersectorial, en espacios amigables y con enfoque comunitario (programa piloto). Este control incorpora algunas adaptaciones del sistema de salud, como adecuación de espacios y competencias específicas del equipo tratante. Sin embargo, se requieren cambios para lograr mayor cobertura y contacto temprano con los adolescentes, particularmente con los más vulnerables.²⁷

Se sugiere realizar estudios que exploren las percepciones de otros actores como los padres adolescentes, familias, prestadores de servicios y gestores de políticas, lo que enriquecería la comprensión del fenómeno.

Finalmente, una limitación del estudio es que en la muestra no se consiguieron adolescentes menores de 15 años, que podrían enfrentar otro tipo de barreras.

Agradecimientos

Al doctor Ernesto Peruca, a las matronas Dalia Verdugo y Roxana Elorza, a Jorge Muñoz y equipos del Hospital Barros Luco-Trudeau, a Iris Delgado, Claudia González, Manuel Nájera y Antonia Bandera, a Anita María Jasmen, y especialmente al doctor Patricio Varas.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras: salud de los adolescentes [monografía en Internet]. 2012 [consultado 2002 julio 6]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index2.html
2. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín OMS [serie en internet]. 2009 Vol. 87: 405-484. [consultado 2012 julio 6]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>
3. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Serie OPS/FNUAP [serie en internet]. 2000 2: p.7-8. [consultado 2012 junio 8]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf>
4. Molina R, Caba F. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Sexualidad y fecundidad adolescente. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2003: 415-427.
5. Matamala MI. Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma [monografía en internet]. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2001 [consultado 2012 junio 13] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/sexualreproductiverights.pdf>
6. Montenegro H. Educación sexual de niños y adolescentes. The relevance of sexual education. Rev Med Chile [serie en internet]. 2000 128(6). [consultado 2012 junio 20]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000600001&script=sci_arttext
7. Kostrzewa, K. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies. Salud Publica Mex 2008;50:1.
8. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil de Obstet Ginecol [serie en internet]. 2004 [consultado 2012 junio 20]; 69(1): 14-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262004000100004&lng=es&nrm=iso
9. Molina-S M, Ferrada-N C, Perez-V R, Cid-S L, Casanueva-E V, García-C A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev Med Chile [serie en internet] 2004; 132(1): 65-70. [consultado 2012 junio 29]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100010&lng=es&nrm=iso
10. Dides C, Benavente MC, Morán JM. Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile. Programa género y equidad. Santiago. Ministerio de Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, United Nations Population Fund. Chile: FLACSO-Chile, 2008.
11. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Estadísticas de natalidad; nacidos vivos inscritos según edad de la madre, por región y comuna de la madre [monografía en internet]. Santiago, Chile: Minsal, 2009 [consultado 2012 junio 5] Disponible en: <http://webdeis.minsal.cl/estadisticas-natalidad/>
12. Ministerio de Salud de Chile. Objetivos sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final del periodo. Grado de cumplimiento de objetivos de impacto. Santiago: Minsal, 2010.
13. World Health Organization. Europe. What is the effectiveness of antenatal care?. Supplement. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2005.

14. World Health Organization. Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Cape Town: WHO, 2006; Chapter II. Antenatal Care: 23-36.
15. Ministerio de Salud de Chile. Ley 18.469. Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud [monografía en internet]. Santiago: Minsal, 1985. [Consultado 2012 julio 4]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29872>
16. Ministerio de Salud de Chile. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago: Minsal, 2008.
17. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia nacional de salud 2010-2020. Santiago: Minsal, 2010.
18. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Issues in adolescent health and development. Ginebra: WHO, 2004.
19. Biddlecom A, Munthali A, Singh S, Woog V. Adolescents' view of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Fasso, Ghana, Malawi and Uganda. *Afr J Reproduc Health* 2007; 11(3):99-100.
20. Ministerio de Salud de Chile. Estudio de barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo en Chile. Santiago: Estudio Organización Cultura y Salud para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Minsal, 2011.
21. Espejo I, Brito de Mello M, Siani S, Pinto e Silva J. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):886-894.
22. Orellana A, Bannen P, Fuentes L, Gilbert H, Pape K. Informe final indicador calidad de vida urbana (ICVU). Santiago: Núcleo de Estudios Metropolitanos, Instituto de Estudios Urbanos, Universidad Católica de Chile, 2012.
23. Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. 2ª edición. Madrid: Editorial Síntesis, 1999; 87-91.
24. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquía, 2002: 341.
25. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. United States: Sage Publications, 1985: 42-44.
26. Downe S, Finlayson K, Walsh D, Lavender T. Weighing up and balancing out: a metasynthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high income countries. *BJOG*. 2009; 116:518-529.
27. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes. "Control joven sano" [monografía en internet] Santiago, Chile: Minsal, 2012 [consultado 2012 julio 4]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bd910c39f25ba8-a7e0400101650161f6.pdf>.