



Atención socio-sanitaria a embarazos tempranos y madres adolescentes en España

Health and social service attention to early pregnancies and adolescent mothers in Spain

A assistência médico-social à gravidez precoce e a mães adolescentes em Espanha

Dra. Ana Lucía Hernández Cordero¹, Dr. Alessandro Gentile¹,

Alba Aventín Bielsa², Laura Hervás Blanco²

¹Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

²Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
acordero@unizar.es

Recibido_Received_Recebido 08/04/2019

Aceptado_Accepted_Aceito 08/07/2019

Publicación online_Available online_Publicação online 31/07/2019

Palabras clave

Resumen

Salud sexual;

Embarazos no
deseados;

Atención
socio-sanitaria;

Maternidad
temprana.

Los embarazos tempranos y la maternidad en edad adolescente son considerados problemas de salud pública urgentes en el mundo. Tales acontecimientos van ligados con unas conductas afectivos-sexuales de riesgos por parte de chicas que aun no han cumplido los 18 años de edad. Ellas de repente se encuentran en situaciones difíciles y a menudo imprevistas que pueden trastocar seriamente su bienestar presente y sus planes a futuro. En este artículo repasamos las dimensiones actuales del fenómeno -a nivel internacional y nacional- y nos detenemos en la atención médico-sanitaria y socio-asistencial a disposición para las jóvenes embarazadas y madres en España, según la normativa vigente en materia de salud sexual y reproductiva y de protección del menor. Nuestros objetivos son describir la red formal de apoyo para las chicas que se encuentran en estas situaciones, y fomentar una reflexión sobre el abordaje institucional para prevenir embarazos no deseados y, cuando se producen, para sostenerlas en sus tareas de crianza y en sus proyectos de emancipación.

Keywords	Abstract
Sexual health; Unwanted pregnancies; Health and social service care; Early maternity.	Early pregnancies and childbearing are considered urgent public health problems in the world. Such events are linked to affective-sexual risk behaviors by girls who have not yet reached the age of 18. They suddenly find themselves in difficult and often unforeseen situations that can seriously disrupt their present well-being and future plans. In this article we review the current scale of this phenomenon - at the international and national level - and we conclude at the medical health and social service care available to pregnant women and mothers in Spain, according to current regulations on sexual health and reproductive and child protection. Our objectives are to describe the formal support network for girls who are in these situations, encourage reflection on the institutional approach to prevent unwanted pregnancies and, when they occur, to sustain them in their parenting tasks and in their emancipation.
Palavras-chave	Resumo
Saúde sexual; Gravidez não desejada; Assistência médico-social; Maternidade precoce.	A gravidez precoce e a maternidade na idade adolescente são consideradas problemas de saúde pública urgentes no mundo. Tais factos estão ligados a condutas afetivo-sociais de risco por parte de raparigas que ainda não têm 18 anos. De repente encontram-se em situações difíceis muitas vezes imprevistas que podem prejudicar seriamente o seu bem-estar presente e o seu futuro. Neste artigo analisamos as dimensões atuais do fenómeno – ao nível internacional e nacional – e detemos a nossa atenção na assistência médico-social à disposição das jovens grávidas e mães em Espanha, segundo a normativa vigente em matéria de saúde sexual e reprodutiva e de proteção de menores. Os nossos objetivos são descrever a rede formal de apoio para as raparigas que se encontram nesta situação e fomentar a reflexão sobre a abordagem institucional para prevenir a gravidez não desejada e, quando esta acontece, o apoio à jovem mãe nas suas diferentes tarefas e nos seus projetos de emancipação.

SUMARIO

► Introducción ► Atención médico-sanitaria ► Educación afectivo-sexual ► Actuaciones desde los servicios sociales ► Conclusiones ► Referencias bibliográficas

I. INTRODUCCIÓN

La maternidad en chicas menores de 20 años no es un fenómeno nuevo en España pero en los años recientes su incidencia en la población adolescente ha variado mucho. El número de los nacimientos de madres adolescentes baja significativamente desde los años ochenta, se estabiliza en la década de los noventa (11.174 en 1996), registra un repunte a principios del nuevo siglo con la llegada de flujos importantes de migrantes (15.133 en 2008), para luego volver a bajar hasta 2015 (8.305 casos). Si

exceptuamos la tasa de fecundidad adolescente registrada en 2008, como indicador del aumento más destacado de los últimos veinte años, observamos el sustancial mantenimiento de la frecuencia de nacimientos de madres adolescentes (cada 1.000 mujeres de 15-19 años) entre 1996 (7,37) y 2015 (7,74).

Ser madre en edad adolescente vulnera el bienestar personal y social de estas chicas, sobre todo si carecen de la ayuda de sus padres y del padre del hijo, reforzando una espiral negativa de transmisión generacional (de ellas a la prole) de los riesgos de marginación o exclusión social (Nóbrega, 2009).

Las instituciones tratan como problemas de salud pública las cuestiones ligadas a los embarazos y a la maternidad en edad adolescente. Pero las informaciones sobre la cobertura asistencial que estas chicas pueden recibir en España son dispersas y a menudo incompletas.

En el presente texto hacemos hincapié en la atención socio-sanitaria para jóvenes embarazadas y madres en España, según la normativa vigente en materia de salud sexual y reproductiva y de protección del menor. Describimos la red formal de apoyo para las chicas que se encuentran en estas situaciones, y presentamos una reflexión sobre el abordaje institucional que existe para prevenir embarazos no deseados y, cuando se producen, para sostener a estas jóvenes en sus trayectorias de emancipación.

2. ATENCIÓN MÉDICO-SANITARIA

Los servicios médico-sanitarios consideran la edad de usuarios y pacientes como uno de los criterios centrales para planificar la intervención clínica, terapéutica y socio-educativa. En el caso de las prestaciones de salud para menores embarazadas y madres adolescentes es oportuno dejar constancia de la edad límite con la que estas chicas tienen derecho a una atención pediátrica, en qué consiste el primer nivel de asistencia y en cuáles casos son derivadas a los servicios médicos especializados.

La definición y ordenación de la atención sanitaria para niños, adolescentes y jóvenes se establecen de acuerdo con el reparto de las competencias entre los distintos niveles de la administración pública. Los gobiernos autonómicos diseñan sus carteras de servicios en función de los problemas de salud y de las necesidades de la población en sus territorios, siempre que estas incluyan al menos las prestaciones fijadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Las Comunidades Autónomas tienen competencia en la atención primaria de adolescentes priorizando actuaciones preventivas y de promoción de la salud.

La cobertura de la edad pediátrica en los Centros de Salud de la mayoría de las Comunidades Autónomas queda establecida desde el nacimiento hasta los 14 años. Entre las actuaciones previstas, de acuerdo con la oferta presente en la cartera de servicios comunes del SNS (Real Decreto 1030/2006), se encuentran: la “anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes” (punto 6.2.1 de la cartera de servicios comunes de atención primaria), la “valoración y consejo en relación a la conducta alimentaria y a la imagen

corporal” (6.2.2) y la “promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual” (6.2.3), con indicación y seguimiento sobre métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre la IVE (6.3.2).

Una vez que esté comprobada y confirmada la gestación de una adolescente, el equipo de atención primaria le ofrece todas las informaciones para ayudarle a tomar una decisión sobre la posibilidad de continuar o interrumpir el embarazo dentro de los límites que marca la ley. Se le informa sobre el acceso a la IVE como prestación básica a la cual puede acudir, si así lo desea, tras ser derivada a una clínica que oferta este servicio con cargo a la Seguridad Social¹.

Hasta 1985 abortar es un delito en España. La Ley Orgánica 9/1985 de reforma del Artículo 417bis del Código Penal establece un sistema de supuestos que solo permite realizar IVE en casos de violación, malformación del feto o riesgo para la salud de la madre. La Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo deroga la anterior ley de supuestos y permite el aborto libre en las 14 primeras semanas de gestación. La norma contempla que se puede practicar un aborto también dentro de las 22 semanas cuando existan riesgos para la vida o la salud de la embarazada o serias anomalías en el feto, y más allá de este plazo, en cualquier momento si se detectan alteraciones fetales incompatibles con la supervivencia del niño o enfermedades graves e incurables. Esa nueva ley establece que los servicios de atención primaria tienen la obligación de informar a todas las mujeres embarazadas sobre los derechos y las prestaciones públicas de apoyo a la maternidad. Se fija un plazo de tres días, desde esta información, para proceder con la intervención. En todo caso, el legislador inserta la IVE en la cartera de los servicios comunes del SNS (Capítulo II, Art.18) y se presta como un servicio público de salud al cual la usuaria puede acceder de forma gratuita y confidencial.

Con esa ley se aprueba también que las chicas de 16 y 17 años puedan interrumpir su embarazo sin el consentimiento de los progenitores². Este es uno de los puntos más controvertidos en el debate social y político alrededor de la reforma, porque muchos temen que tales disposiciones pueden disparar el número de IVE entre las adolescentes. Sin embargo, la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo señala un dato significativo que describe sus conductas reales: el 87,3% de las chicas de 16 y 17 años que han practicado un IVE en España en 2011 han sido acompañadas por uno de sus progenitores o por su tutor legal. Además, el número total de las IVE practicadas por las menores de 20 años baja paulatinamente a partir de 2012.

A día de hoy sigue en vigor la Ley de plazos de 2010 para reglamentar el IVE, pero la Ley Orgánica 11/2015 pide a todas las embarazadas menores de 18 años que tengan el consentimiento expreso de los titulares de su patria potestad (sus padres, madres o sus representantes legales) para practicársela³. El objetivo principal de esta nueva medida es “reforzar la protección de las menores”. No obstante, las organizaciones feministas pronostican un efecto contrario: muchas de las chicas que no quieren o no pueden contarle a la familia su situación por miedo a su reacción y que gracias al amparo de la Ley anterior podían interrumpir

su gestación, con esta modificación pueden verse obligadas a continuar el embarazo o, en el peor de los casos, podrán acudir a un aborto clandestino.

Cuando se decide seguir con el embarazo o sea imposible interrumpirlo legalmente y de forma segura, la atención primaria prevé una atención integral durante la gestación hasta el puerperio. Este protocolo es igual para todas las mujeres embarazadas e implica: a) la captación de la paciente en el primer trimestre de gestación y la detección de los embarazos de riesgo; b) el seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con el centro de atención especializada; c) la educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna y la preparación al parto; d) la visita puerperal en el primer mes post-parto para valorar el estado de salud de la madre y del recién nacido.

El pediatra (o el médico de cabecera) envía a la joven gestante a la consulta con la matrona del Centro de Salud para que la prepare al parto. Puede darse también el caso de que la chica vaya directamente a la consulta con la matrona sin volante de derivación. La matrona, a su vez, la deriva a los centros de especialidades médicas donde el profesional de tocología desarrolla un seguimiento exhaustivo y calendarizado de todo el embarazo.

El sistema de salud español no prevé ningún protocolo específico para adolescentes durante todo el embarazo y el parto. Los equipos médicos suelen prestar una atención particular a los embarazos de madres muy jóvenes para controlar su desarrollo psico-físico (Moreno *et al.*, 2015). Las matronas invitan a las jóvenes gestantes y/o madres a participar en los cursos de preparación al parto y en los de post-parto. En estas sesiones se dan consejos acerca del puerperio, se va comprobando el desarrollo del apego materno-filial y se ayuda a la neo-mamá para que reorganice su vida cotidiana: se le informa sobre asociaciones de madres, jardines infantiles, calendarios de vacunas y de consultas médicas para el bebé, métodos anticonceptivos en el post-parto, etc.

En el primer nivel de asistencia sanitaria se procede también a la detección de violencia de género y malos tratos, especialmente entre las jóvenes, con la anamnesis, y en su caso la exploración, en las situaciones de riesgo y ante la sospecha de esas circunstancias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran y, si procede, a los servicios sociales, estableciendo planes de intervención adaptados a cada caso. A este propósito, la diferencia etaria entre las usuarias menores de 18 años y sus parejas es una variable central a considerar: no es lo mismo atender a una chica de 17 años con un novio de 19 que encontrarse con otra de 13 años que declara que su pareja tiene 20 años o más. En el segundo caso, desde el Centro de Salud se informan a los padres de la joven y se contacta a los servicios sociales y la Fiscalía de Menores para indagar si sus relaciones sexuales han sido siempre voluntarias y consentidas, de lo contrario se la remite también a un servicio de atención psicológica y salud mental.

Los médicos de atención primaria señalan a la oficina de servicios sociales aquellas incidencias familiares y sociales que esta usuaria presenta, antes y después de dar a luz. Durante el primer año de las sesiones

obligatorias de control del desarrollo fisiológico del recién nacido, el pediatra valora la calidad de la crianza y del cuidado que el menor recibe y puede solicitar la intervención de servicios sociales cuando se detecten negligencias u omisiones graves por parte de la joven madre. La matrona cierra el ciclo cuando se cumplen 40 días desde el día del parto.

3. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

España incorpora en su ordenamiento jurídico (nacional y autonómico) las recomendaciones de los organismos internacionales en materia de protección social de la infancia (Ocón, 2006). Uno de los aspectos troncales para garantizar el desarrollo integral de una persona desde sus primeros años de vida es la educación reglada, con la formación en valores y competencias para su crecimiento, emancipación y participación social. La educación sexual es parte de todos aquellos aprendizajes irrenunciables para relacionarse con los demás, desarrollar libremente la propia sexualidad y mantener unas conductas afectivo-sexuales correctas y sin riesgos (física y emocionalmente).

Según la OMS (2012) el objetivo de la educación sexual es “dotar a los niños/as y adolescentes de los conocimientos, habilidades y valores para tomar decisiones responsables acerca de sus relaciones sexuales y sociales. Del mismo modo, las niñas y adolescentes necesitan estar informadas acerca de los servicios de aborto seguro, donde estén legalmente disponibles y los peligros del aborto inseguro. Las niñas y adolescentes necesitan desarrollar sus habilidades para la vida, y mejorar sus vínculos con las redes y apoyos sociales que les pueden ayudar a rechazar el sexo no deseado y resistir las relaciones sexuales forzadas, acciones que a menudo se sienten impotentes para hacer”.

UNICEF (2013) y Save the Children (2016) señalan que una educación sexual completa y el acceso a centros de planificación familiar son factores cruciales para que los/las adolescentes aprendan a cuidar más y mejor la propia integridad psico-física, a prevenir infecciones de transmisión sexual y a evitar los embarazos no deseados. Estas evidencias se traducen en políticas educativas para socializar a las nuevas generaciones en el conocimiento y ejercicio integral de la propia sexualidad. En el Artículo 5 de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo se precisa que “los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán la información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo”. Asimismo, según la séptima recomendación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2011 “se potenciará, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad”. En ambos documentos se da disposición para que esta materia sea de alcance nacional, sin admitir objeción de conciencia en contra de su aplicación integral.

La asignatura “Educación para la ciudadanía y los derechos humanos”, diseñada en 2006 para el último ciclo de Educación Primaria y todos los cursos de la Educación Secundaria, realizaba estas tareas hasta hace pocos años. A pesar de ser una materia recomendada por el Gobierno de España, la Ley Orgánica 8/2013 para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) elimina esta asignatura del currículo escolar, sin contemplar ninguna alternativa didáctica y docente que se ocupe del mismo tema. En consecuencia, la salud sexual ya no comparece en los cursos de primaria y secundaria de nuestro sistema educativo, ni como asignatura obligatoria y tampoco como competencia básica a adquirir por parte del alumnado.

Las acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva no se cumplen en todas las escuelas por igual: no existe ninguna norma que establezca la edad en la que se debería iniciar la educación sexual en los centros escolares; la iniciativa de impartir esta materia queda delegada a la responsabilidad de cada centro escolar, dependiendo también de la temática adoptada y de la discrecionalidad del equipo docente y/o de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos. El profesorado no dispone de guías e informaciones completas sobre el contenido de esta materia, de manera que su formación está provista por entidades privadas y ONGs que “abordan la salud sexual desde diversos enfoques, careciendo de una adecuada sistematización y, muchas veces, de unos contenidos científicos actualizados” (FELGTB, 2016: 37), careciendo además de una financiación pública adecuada y estable a nivel municipal y autonómico (FPFE, 2016).

En este contexto, las adolescentes acceden a las informaciones sobre salud sexual pero en varias ocasiones la entienden de forma errónea, parcial y a veces contradictoria, especialmente con respecto al uso de los métodos anticonceptivos (Madrid, 2009). A este conocimiento disfuncional se suman sentimientos de vergüenza, pudor y timidez que las inhiben frente a los demás (inclusive sus parejas) a la hora de expresar dudas y perplejidades acerca de sus conductas; y una falta de preparación y sensibilidad de los progenitores para entablar una comunicación sobre sexo y sexualidad de manera fluida y abierta con sus hijas (Madrid y Antona, 2003).

La Ley Orgánica 2/2010 antes mencionada hace constar también que “los poderes públicos garantizarán la educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y reproductiva”. Desde los Centros de Planificación Familiar y Promoción de la Salud se ofrecen consultas y servicios, gratuitos y confidenciales, para chicos y chicas de 15-24 años y formación para los adultos que desarrollan un rol de mediación (tutores legales, educadores, docentes y progenitores). Entre sus iniciativas destacamos: el programa de anticonceptivos y para la prevención y el control de las ITS, además de proporcionar contraceptivos de urgencia⁴, test gratuitos de embarazo, pruebas rápidas de detección del VIH, etc.; el programa de educación materno-infantil, con una formación dirigida a la adquisición de hábitos saludables para la gestante (no fumar, no beber alcohol, no consumir drogas, comer correctamente, descansar lo suficiente y evitar relaciones sexuales de riesgo) e indicaciones para el puerperio; el programa de maternaje, con atención personalizada en los procesos físicos y emocionales del embarazo y de la crianza; la

educación afectivo-sexual con población escolarizada a través de talleres y encuentros en los institutos de Educación Secundaria. Los centros de planificación familiar son también espacios equipados para que las chicas hagan una reflexión ponderada sobre su embarazo y sus circunstancias personales y familiares, con el correspondiente apoyo psicológico que necesiten.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2011 subraya la importancia de estos servicios y programas en el marco de una acción socio-educativa y de prevención que debe ser prioritaria en los Planes de Salud de todas las Comunidades Autónomas. Los gobiernos regionales proporcionan servicios específicos para los jóvenes con distintas denominaciones y estructuras. En el mismo documento se hace referencia a las Consultas Jóvenes, equipadas en los Centros de Salud o en los Institutos de Educación Secundaria, a los Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad, a las páginas web y a los servicios telefónicos de información sexual y prevención de ITS-VIH y a otras iniciativas sobre los mismos temas a partir de una coordinación institucional entre las consejerías de educación, igualdad, juventud y familia, los ayuntamientos y las entidades del tercer sector. Sin embargo, existe una desigualdad territorial notable en lo que concierne a la oferta pública en formación y educación afectivo-sexual para adolescentes y jóvenes por la carencia de una financiación específica y de una apuesta política fuerte para ello (FELGTB, 2016).

A falta de una oferta formativa específica sobre salud sexual desde el ámbito educativo y sanitario, en muchas escuelas se concentran tantos contenidos referidos a la sexualidad en unas pocas clases magistrales o en encuentros puntuales de corta duración, desligados del resto de temas que los alumnos desarrollan en clase, dirigidas en un único bloque a un público amplio y heterogéneo de jóvenes de 13 a 19 años, a menudo generando confusión y malentendidos (Beiztegui, 2006).

4. ACTUACIONES DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

La atención médico-sanitaria para jóvenes en España tiene una trayectoria más larga y consolidada que las actuaciones que se desarrollan desde los servicios socio-asistenciales, incluyendo la intervención pública a favor de embarazadas y madres adolescentes. De hecho, las necesidades que ellas precisan son atendidas principalmente desde el ámbito de la salud pública. Las actuaciones desde los servicios sociales son complementarias y se desarrollan más recientemente.

A principios de los años ochenta, los servicios sociales dedicados a estas chicas se aglutinan alrededor de los primeros centros de promoción de la salud a nivel municipal. Con la ratificación de la Convención de Derechos del Niño (1990) y de la Carta Europea de Derechos del Niño (1992) se definen los marcos legales que reglamentan los sistemas de servicios sociales todavía vigentes en cada Comunidad Autónoma. Desde entonces, se articula la protección social para embarazadas y madres adolescente gracias a la redacción de guías de intervención que garanticen su protección social. Estas actuaciones son compromisos

asumidos por las instituciones en los planes integrales para la protección de los menores, con responsabilidades subsidiarias entre progenitores y poderes públicos (Ocón, 2006).

La familia representa el contexto normal para el desarrollo de los niños y debe cubrir sus necesidades básicas, en cuanto sujetos jurídicos titulares de derechos y deberes, con demandas individuales y sociales particulares. La participación comunitaria constituye un segundo nivel de solidaridad y apoyo mientras que los sistemas de salud, educación, servicio social y justicia representan, en su conjunto, un tercer nivel de protección. La administración pública interviene a través de servicios especializados, según las normas establecidas por ley y bajo la vigilancia del sistema judicial, cuando los niveles anteriores no bastan para asegurar la participación social de los menores.

La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Orgánica del Menor, con su parcial modificación por la Ley Orgánica 8/2015 sobre el Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia⁵, subraya la “supremacía del interés del menor” en todo el marco de actuación previsto para favorecer su seguridad, felicidad y bienestar en términos de crecimiento psico-físico y desarrollo afectivo-social según sus capacidades, inclinaciones naturales y aspiraciones.

Entre los principios generales de esta ley se distinguen dos situaciones de desprotección del menor que deben ser atendidas: las situaciones de riesgo, referidas a aquellas circunstancias que pueden perjudicar su integridad y su desarrollo regular pero que no son consideradas tan graves para justificar su separación del núcleo familiar; y las situaciones de desamparo, referidas a aquellas circunstancias graves de abuso, negligencia o abandono (por fallecimiento de los padres, su reclusión en centros penitenciarios o su desentendimiento intencional) que ponen en peligro el bienestar del menor y, por tanto, justifican su alejamiento de la familia de origen.

Los servicios sociales tienen competencias en la prevención, detección y solución de estas situaciones. El asunto se complica cuando una adolescente se embaraza y hay que considerar el bienestar de dos menores: la joven madre y su hijo. Una adolescente mayor de 16 años puede informar o no a sus progenitores o tutores del embarazo, consultarles o ignorar sus opiniones, pero por respeto a su “derecho al libre desarrollo de su personalidad” (recogido en el Artículo 10 de la Constitución Española), la última decisión sobre qué hacer con su gestación es únicamente su responsabilidad⁶. Una vez que decida seguir con el embarazo y si llega a dar a luz a su hijo, “el menor no emancipado ejercerá la patria potestad sobre sus hijos con la asistencia de sus padres, y a falta de ambos, de su tutor; en casos de desacuerdo o imposibilidad, con la del juez”, como recita el Artículo 157 del Código Civil. La emancipación legal se consigue a los 18 años cumplidos (Artículo 315) y en el caso de que la menor contraiga matrimonio, por concesión de los que ejerzan la patria potestad o del juez⁷, y haya cumplido 16 años. La joven embarazada entonces no tiene que ser mayor de edad para ejercer la potestad de su hijo, a falta de un acto notarial que diga lo contrario.

Una adolescente embarazada suele acudir a los servicios sociales básicos después de haber pasado por un centro de salud, es decir, una vez que ella ha decidido seguir con el embarazo y quiere encontrar recursos suficientes para encargarse del hijo (Madrid y Antona, 2003). Es posible también que esta joven sea derivada a servicios sociales a petición de la matrona o del médico de familia (o del pediatra) para definir la intervención socio-sanitaria prevista en su caso.

El primer nivel de atención con servicios sociales generales se ubica en centros adscritos a los ayuntamientos. Allí se ofertan ayudas y asesoramientos para la integración familiar y social de la menor, los tratamientos psico-sociales además de la protección socio-educativa y jurídica, según el caso. Cuando se les presenta una chica embarazada, los trabajadores sociales recopilan sus informaciones personales, preguntándole si el embarazo es deseado o no, qué tipo de relación mantiene con el padre de su futuro hijo y si su familia está al corriente de lo ocurrido. Es prioritario averiguar si es conveniente que la joven siga residiendo en la casa paterna durante el embarazo, si se va a emancipar legalmente o si tiene alguna perspectiva de vivir junto con la pareja (con previa autorización de su familia) y controlar que estén garantizadas su atención médica y la continuidad de sus estudios reglados.

Los trabajadores sociales coordinan los recursos disponibles para atender a esta usuaria derivándola a programas y servicios especializados según su necesidad, circunstancia y urgencia. Tras la valoración de cada caso, se pueden plantear actuaciones como el acogimiento familiar, la adopción o la intervención para prevenir y tratar social y legalmente situaciones de maltrato, negligencia, violencia, explotación o abuso como también la comprobada incapacidad parental de control de la conducta de la joven (Madruga, 2009).

Por lo que se refiere a las situaciones de riesgo, el trabajador social valora el tipo de relaciones que se mantienen en la unidad familiar para luego proveer los servicios más adecuados como la orientación y el asesoramiento a la familia, la ayuda a domicilio, los programas formativos para los adolescentes que han abandonado el sistema educativo, etc. El menor sigue estando en casa con sus progenitores porque se pretende reforzar su protección dentro de la familia. En los casos de desamparo, si la vuelta a casa no es viable ni sostenible, se suspende la patria potestad (no la filiación)⁸ y la tutela del menor pasa a ser de la administración pública⁹, de Protección de Menores (Madruga, 2009).

En Protección de Menores se provee una primera valoración de la usuaria que se presenta al servicio para admitir su caso o no. Una vez que se abre el expediente de la chica embarazada y en situaciones de dificultad, el funcionario responsable de cada caso desempeña un seguimiento pormenorizado de su tutela administrativa; cuando nace su hijo se abre otro expediente, pero vinculado a la madre. El coordinador de cada caso tiene los contactos con la familia de la joven y gestiona un grupo de trabajo que suele estar compuesto por un profesional de la psicología, del trabajo social y de la educación. Se recoge información y se hace una valoración de la adolescente para que el coordinador active los recursos pertinentes hasta que se cierre el expediente (tras haberlo consultado con el equipo de educadores del centro donde la menor está tutelada), siguiendo un protocolo normalizado: porque la usuaria ha alcanzado la mayoría de edad,

porque ha cumplido con los objetivos que los educadores habían fijado, porque se ha emancipado, etc. Los expedientes se pueden siempre reabrir si se vuelven a producir las circunstancias que lo requieran.

Bajo el consentimiento de la autoridad pública (Protección de Menores), de los titulares de la patria potestad, y también de la joven (si esta tiene 12 años o más), su cuidado y custodia se trasladan a un centro de acogida, centro de menores o residencia. Allí se le brinda un alojamiento para cubrir sus necesidades de manutención desde diferentes áreas (residencial, psicológica, formativo-laboral, materno-infantil, social, de ocio y tiempo libre), hasta su mayoría de edad. En estos centros las jóvenes gestantes y madres en riesgo de exclusión cursan también unos programas para fomentar la adquisición de su rol materno. Durante el acogimiento la coordinadora de caso y los responsables de estos recursos residenciales pueden valorar su posible regreso al hogar familiar.

Destacamos: 1) el acogimiento simple (en familia extensa) cuando la menor viene reubicada en el hogar de un miembro de su red de parentesco (o en una familia ajena), no implica la ruptura de las relaciones con sus padres biológicos, de hecho este tipo de acogimiento puede ser transitorio, una separación provisional del núcleo familiar hasta que no se subsane la inestabilidad que ha justificado su alejamiento administrativo; 2) el acogimiento permanente, cuando no es posible ni deseable que esta chica regrese a su hogar de origen a medio o largo plazo, nadie de la familia extensa se quiere (o se puede) responsabilizar de ella y tampoco se aconseja su adopción; 3) el acogimiento pre-adoptivo, cuando existen los presupuestos jurídicos para la adopción de la menor y el cumplimiento de todos los requisitos legales por parte de los acogedores.

Entre las novedades de la Ley 26/2015 de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, con referencia a los tipos de acogimientos administrativos previstos para los menores de 18 años, se recomienda la provisión de acogimientos que sean lo más estables posibles, con soluciones preferentemente familiares. Limitar la institucionalización de la joven y de su hijo responde a la necesidad, señalada por consenso entre pedagogos y psicólogos infantiles, de ofrecer un ambiente más cálido, informal, personal y, por tanto, más adecuado para el desarrollo de su personalidad. Como complemento de este principio, otra novedad respecto a la Ley 1/1996 es la introducción de una rúbrica con los “deberes del menor” en la Ley 26/2015 donde se establecen las obligaciones individuales y en el ámbito familiar, escolar y social del adolescente.

Si la joven se encuentra bajo la tutela de Protección de Menores cuando queda embarazada, los primeros en enterarse son los educadores que tienen una relación de responsabilidad y cuidado con ella. Tanto en estos casos como en aquellos otros en que la chica llega a los pisos de tutela en estado de embarazo, el hijo tendrá la misma situación legal de la madre si ella sigue encontrándose bajo la custodia de la administración en el momento de dar a luz. La custodia de ese niño pasará a la madre cuando ella cumpla la mayoría de edad.

Cuando la joven cumple 18 años debe abandonar el centro porque se acaba su condición de tutelada pero, si su situación de desamparo persiste, su niño debe seguir en esa institución. Para evitar la crisis

emocional que podría provocar esta separación (tanto para la madre como para el hijo), diversas entidades de utilidad social (pertenecientes al tercer sector, con el apoyo de patrocinios privados y fondos públicos, además del voluntariado de sus colaboradores) permiten a la joven seguir en una casa de acogida o centro maternal junto a su criatura hasta que consiga estabilizar su emancipación e inserción socio-laboral.

Los servicios sociales ofrecen programas para el refuerzo de las competencias de emancipación de la joven bajo tutela: por ejemplo, los Programas de Autonomía Personal, dirigidos a adolescentes de 12-18 años para impulsar su inserción socio-laboral, y los Programas de Transición a la Vida Independiente, para que aprendan a gestionar sus dependencias personales, sociales y laborales con vista a una emancipación plena. Este segundo recurso está pensado para las que hayan superado el programa anterior y tengan 16 años cumplidos, hasta que cumplan 18, con la posibilidad de un periodo de acompañamiento transitorio hasta los 21 años.

Las jóvenes gestantes y madres acuden a los servicios sociales también para conocer la oferta de asistencia psicológica a través de equipos mixtos de psicólogos y educadores. Además, cuando ya son madres, se les informa sobre ayudas económicas de emergencia, como las rentas mínimas de inserción, si ellas carecen de recursos económicos. Las adolescentes con hijos a cargo pueden solicitar estas prestaciones monetarias (periódicas y personalizadas) a nivel autonómico si cumplen con los requisitos que las reglamentan. Los trabajadores sociales las ayudan a compilar las solicitudes y tramitarlas. Se trata de apoyos importantes pero puntuales y limitados, que suelen ser aprovechados por jóvenes procedentes de contextos socio-económicamente más precarios (Yago y Tomás, 2015).

5. CONCLUSIONES

La maternidad adolescente es un problema social real y urgente, aunque no siempre sea visible o significativo en términos estadísticos. Existe un cierto consenso en la opinión pública y entre los decisores políticos sobre la oportunidad de intervenir en la prevención de los embarazos entre las adolescentes en España desde el ámbito familiar, comunitario y social, tratándolos como problemas de salud pública originados por conductas afectivo-sexuales de riesgo.

Tales conductas se dan sobre todo en la población adolescente residente en contextos socialmente marginales, pero pueden producirse también en otras circunstancias: por ejemplo, cuando se manifiesta la violencia de género en una relación de pareja (Díaz-Aguado y Carvajal, 2011), cuando se asume la llegada de un hijo como un proyecto de emancipación intencional, a falta de otras alternativas vitales (Parra, 2012), o también cuando se asume como “normal y corriente” la maternidad temprana en unos entornos familiares y socio-culturales particulares, como por ejemplo en grupos sociales con limitados recursos socio-educativos, minorías étnicas y colectivos migrantes (Llanes, 2012).

Las instituciones públicas intentan evitar que la maternidad adolescente quiebre o empeore irremediabilmente la vida de estas jóvenes. Este acontecimiento supone muchos cambios para ellas, pero los orígenes y éxitos de estos cambios dependen de la calidad de sus contextos sociales, de los procesos de socialización que llevan a cabo en sus contextos informales (familias y grupos de pares) y formales (centros escolares) y también de las intervenciones sociales que se pueden implementar (Furstenberg, 2003). En este sentido, atribuir solo a estas jóvenes la responsabilidad de la criatura que llevan en su seno y de la maternidad que van a tener (o han tenido) con mucha antelación respecto a sus coetáneas no es sociológicamente correcto y tampoco moralmente justo (Ellis-Sloan, 2014).

Desde esta perspectiva, se hace necesaria una atención mayor a la hora de interpretar la maternidad adolescente y calibrar unas políticas eficaces en este ámbito. Los servicios médico-sanitarios y socio-educativos vertebran una misma estrategia pública de asistencia para este colectivo en España. Por ello, en términos operativos, las acciones que se recomiendan para el futuro deberían dirigirse a tres tipos de beneficiarios: 1) a todos los/las adolescentes para prevenir embarazos no deseados, mejorando los conocimientos teóricos-prácticos y asimilando los valores de igualdad referidos a la salud sexual, a la planificación familiar y a las relaciones de pareja; 2) a las jóvenes embarazadas, con intervenciones que las preparen para el parto, cuidando de su bienestar psico-físico y de sus relaciones con padres, parejas y amigos y también aquellas orientadas a la activación del rol materno; 3) a las neo-mamás, durante la etapa post-natal, para favorecer la crianza e impulsar su autoestima y su proyecto de emancipación.

Tales acciones se insertan en un plan de atención integral para la adolescente, antes, durante y después del embarazo, con objetivos diversos: el primer grupo pone énfasis en la prevención de conductas de riesgos que se puedan producir por desinformación, desorientación o maltrato por sus parejas, el segundo insiste en la adaptación a los cambios que se dan con la llegada del hijo, y en el tercero se abordan los aspectos ligados a la resiliencia de la joven madre y a la red de protección social para apoyarla en la conciliación entre sus compromisos familiares y su emancipación adulta.

Su capacidad de prevención, reacción y compromiso frente a un embarazo no deseado y al nacimiento de un hijo no planificado pasa por una formación congruente con su realidad personal, relacional, familiar y contextual, y por una intervención pública que les permita decidir libre y autónomamente sobre su presente y futuro. Esto significa al mismo tiempo proporcionarle una red de apoyo segura y hacerlas conscientes de sus derechos como adolescentes, mujeres y madres, para evitar una espiral de empobrecimiento con sus hijos y para que no sean marginadas por su condición de embarazadas o de progenitoras precoces.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Beiztegui Ruiz de Erentxun, J. L. (2006). "Hacia una nueva educación contraceptiva y sexual: reflexiones en torno a la eficacia de la pedagogía contraceptiva actual en las relaciones eróticas de nuestros jóvenes", *Revista de Estudios de Juventud*, 73: 59-68.
- Díaz-Aguado, M. J. y Carvajal Gómez, M. (2011). *Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia*, Madrid: Universidad Complutense y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ellis-Sloan, K. (2014). "Teenage Mothers, Stigma and their Presentations of Self", *Sociological Research Online*, 19(1): 1-13.
- FELGTB (Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) (2016). *Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España*. Madrid.
- FPFE (Federación de Planificación Familiar Estatal) (2016). *El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las Comunidades Autónomas*, Barcelona: Bayer Hispania.
- Furstenberg, F. (2003). "Teenage Childbearing as a Public Issue and Private Concern", *Annual Review of Sociology*, 29: 23-39.
- Llanes Díaz, N. (2012). "Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva", *Sociológica*, 27(77): 235-266.
- Madrid, J. (2009). "El preservativo entre los más jóvenes". *Evidencias en Pediatría*, 5: 34.
- Madrid, J. y Antona Rodríguez, A. (2003). "Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud", *Revista de Estudios de Juventud*, 63: 63-74.
- Madruga, I. (2009). "Los derechos de los niños frente a los derechos de las madres", *Panorama Social*, 10: 82-94.
- Manlove J.; Terry-Humen, E.; Ikramullah, E. (2006). "Young teenagers and older sexual partners: correlates and consequences for males and females", *Perspective Sexual Reproduction Health*, 38: 197-207.
- Moreno Mojica, C. M.; Mesa Chaporro, N.; Zorayda Pérez, C.; Vargas Fonseca, D. (2015). "Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal", *Revista Cuidarte*, 6(2): 1041-1053.
- Nóblega, M. (2009). "La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción", *Revista de Psicología*, 28(1): 29-54.
- Ocón Domingo, J. (2006). "Normativa internacional de protección de la infancia", *Cuadernos de Trabajo Social*, 19: 113-131.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010). *Salud de los adolescentes*. Disponible en www.who.int/topics/adolescent_health/es/ [Acceso el 14 de abril de 2017].
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición), Ginebra.
- Parra, N. (2012). “Cuando el embarazo no planificado se desea. Estudio aproximativo sobre la vivencia de adolescentes embarazadas”, *Documentos de Trabajo Social*, 51: 181-203.
- Save the Children (2016). *Every last girl. Free to live, free to learn, free from harm*. Londres: The Save the Children Fund.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2013) *El estado mundial de la infancia 2012. Niñas y Niños en un mundo urbano*, Nueva York: Publicaciones de las Naciones Unidas.
- Yago Simón, T. y Tomás Aznar, C. (2015). “Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes”, *Anales de Psicología*, 31(3): 972-978.

- ¹ Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 200 centros sanitarios notifican IVE en 2015 (135 en 2006), el 46,5% de ellos (93) es de titularidad privada y realiza el 88,3% de los abortos ese año.
- ² Las menores de 16 años deben informar al menos a uno de los progenitores o a sus representantes legales acerca de su decisión de abortar, excepto si se alegan pruebas de violencia intrafamiliar en el hogar o si se encuentran en situaciones de desamparo, en cuyo caso la petición de IVE debe recogerse bajo un informe de los servicios sociales.
- ³ En la eventualidad de que haya conflicto o desacuerdo entre la menor y sus padres sobre el consentimiento para que ella pueda abortar, éste se resolverá judicialmente según determina el Código Civil.
- ⁴ Desde 2009 la píldora postcoital forma parte del listado de fármacos de venta sin prescripción médica en España y su precio oscila entre 14 y 18 euros (dependiendo de la marca). Las menores de 18 años no necesitan el permiso de los padres o de los tutores legales para su adquisición.
- ⁵ Esta ley, y los artículos del Código Civil en materia, constituye el principal marco regulador de los derechos de los/las menores, garantizándoles una protección uniforme en toda España.
- ⁶ El Código Civil no prevé que la actividad sexual de los/las menores (entendida como relaciones libres y mutuamente consentidas) esté obligatoriamente incluida bajo la administración de sus progenitores o tutores.
- ⁷ Según el Artículo 320 del Código Civil “el juez podrá conceder la emancipación de los hijos mayores de 16 años, si éstos la pidieren y previa audiencia de los padres: cuando quien ejerce la patria potestad contrajere nupcias o conviviere maritalmente con persona distinta del otro progenitor; cuando los padres vivieren separados; y cuando concurra cualquier causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad”.
- ⁸ La filiación (la relación jurídica entre el hijo y sus progenitores) puede ser por naturaleza (matrimonial o no matrimonial) o por adopción y se determina por nacimiento y por reconocimiento ante el Registro Civil. La patria potestad se refiere al conjunto de derechos y obligaciones fijado por ley entre progenitores e hijos (hasta la emancipación o la mayoría de edad de los vástagos). Las madres y los padres, en igualdad de condiciones, deben ocuparse de su protección, tenerlos en su compañía, educarlos y prestarles alimentos. Desde el punto de vista legal, los alimentos se refieren a todo lo indispensable para el sustento de los hijos a cargo (menores o mayores de 18 años, si no han finalizado su formación), es decir alojamiento, vestidos, asistencia médica y educación, además de la comida. En los alimentos se incluyen también los gastos de embarazo y parto de su hija, si ella no consigue cubrirlos por cuenta propia.
- ⁹ El Código Civil dicta que la tutela sea llevada a cabo por una persona de confianza (el tutor) bajo la inspección del Estado. Sin embargo, “el padre o la madre podrán ser privados total o parcialmente de su potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial. Los Tribunales podrán, en beneficio o interés del hijo, acordar la recuperación de la patria potestad cuando hubiere cesado la causa que motivó la privación” (Artículo 170).