

Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas

Abordajes institucionales desde el sistema de salud y su articulación con educación, justicia y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Autoridades

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

**Directora Nacional de
Maternidad, Infancia y Adolescencia**

Dra. Diana Fariña

**Coordinador del Programa
Nacional de Salud Integral
en la Adolescencia**

Dr. Juan Carlos Escobar

**Coordinadoras del Programa
Nacional de Salud Sexual y
Procreación Responsable**

Dra. Silvia Oizerovich y
Lic. Gabriela Perrotta

**Responsables
del estudio:**

Victoria Keller (PNSIA)
Nina Zamberlin (consultora)

Equipo de investigación:

SANTIAGO DEL ESTERO

Virginia Paola Palazzi,
Cecilia Chami y
Gisela Chamut

JUJUY

María Eva Arroyo,
Beatriz Cerrizuela y
Claudia Castro

SALTA

Beatriz Estefanía Guevara,
Karina Schell y
Mariangeles Gorini

CATAMARCA

Ivana Espeche,
Néstor Villafañe y
Roxana Valle

ENTRE RÍOS

Sabrina Medina,
Carina Romero,
Romina Spoturno

CABA

Ma. Dolores de la Fuente,
Silvia Vouillat

**Edición y
Corrección**

Equipo del Programa Nacional
de Salud Integral en la Adolescencia

**Diseño y
diagramación**

www.doscuatroocho.net

[Esta investigación se realizó con el apoyo de
UNICEF Argentina, OPS/OMS, y UNFPA Argentina]

Índice

Prólogo	6
---------	---

Fundamentación **8**

Destinatarios del documento	9
-----------------------------	---

Marco Epidemiológico..... 9	Marco normativo y lineamientos de atención16
Fecundidad adolescente temprana en Argentina..... 13	Violencia sexual 16
	Deber de denunciar 17
	Interrupción legal del embarazo (ILE)..... 18

Resultados y recomendaciones **20**

Las causas del embarazo en la adolescencia temprana...21	Anticoncepción postparto27
¿Quiénes son los varones “co-gestantes”?22	Interrupción legal del embarazo (ILE).....28
La detección del embarazo23	Adopción29
El abordaje desde el sistema de salud.....24	El abuso sexual relacionado al embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años 30
La consulta inicial25	El embarazo en la adolescencia y el sistema educativo31
Seguimiento posparto y contrarreferencia26	

Conclusiones generales **32**

Bibliografía **36**

Prólogo

En nuestro país, anualmente, cerca de 3.000 niñas y adolescentes menores de 15 años se convierten en madres, situación que requiere una mirada especial, no sólo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad, sino porque a menor edad mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual.

El embarazo a esta edad, no sólo pone de relieve la falta de acceso de las niñas y adolescentes a recursos y servicios que les permitan ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, sino que además constituye en sí mismo una barrera para que las niñas ejerzan su derecho a la educación y a un desarrollo saludable. Sus consecuencias tienen amplio impacto a lo largo de la vida de las adolescentes e incluso en las generaciones subsiguientes.

Por otra parte, analizar este indicador expone la gran brecha de inequidad existente en nuestro país, al advertir jurisdicciones cuya tasa de fecundidad temprana (10 a 14 años), triplica la media nacional.

Por esto, desde el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), dependiente de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, y en articulación con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación, se acordó una línea de trabajo para el abordaje del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. Entre otras acciones, y en el marco de un convenio con UNICEF, junto al apoyo de OPS/OMS y UNFPA, se desarrolló un estudio de investigación exploratoria con el fin de aportar conocimiento para la definición de políticas públicas nacionales y provinciales. Parte del resultado de dicho estudio se refleja en este documento.

El propósito de este trabajo fue contar con un diagnóstico acerca de los abordajes institucionales que se aplican frente a casos de embarazadas menores de 15 años desde los sistemas de salud en relación a los organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes y los sistemas de educación en localidades seleccionadas de las provincias de Santiago del Estero, Salta, Jujuy, Catamarca, Entre Ríos y la Ciudad de Buenos Aires.

Los resultados de la investigación ponen de manifiesto las numerosas barreras de acceso, así como situaciones de vulneración por parte de las propias instituciones, lo que obliga a redoblar el esfuerzo para garantizar el derecho de las y los adolescentes al pleno ejercicio de la sexualidad, para que cada niña, niño y adolescente pueda decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales de manera elegida, informada y segura.

Sabemos del desafío que tenemos por delante. Poner el foco en este grupo etario desde un enfoque de derechos ha sido una deuda pendiente, no sólo desde el sector salud, sino también desde educación, desarrollo social, organismos de seguridad y protección; en este sentido, el abordaje interinstitucional e intersectorial es clave.

Desde el PNSIA estamos convencidos que poner esta temática en agenda puede ayudar a cambiar el destino de estas niñas y adolescentes, y promover un mejor desarrollo para ellas y la comunidad en general. Ese es nuestro compromiso.

Dr. Juan Carlos Escobar

Coordinador

Programa Nacional de
Salud Integral en la Adolescencia

Fundamentación

Este documento presenta los resultados del estudio cuyo objetivo fue identificar y analizar los abordajes institucionales que se aplican desde los sistemas de salud en articulación con los organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y los sistemas de educación y justicia en localidades seleccionadas de las provincias de Santiago del Estero, Salta, Jujuy, Catamarca, Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El abordaje institucional abarca el proceso sistémico de recepción, diagnóstico y atención integral bajo el marco de la protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNyA).

El propósito fue aportar elementos para el trazado de una ruta para la atención diferenciada e integral de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.

Se trató de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. La metodología incluyó 99 entrevistas semi-estructuradas con informantes del sistema público de salud, educación, justicia y desarrollo social¹ que tienen contacto directo con niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas². Como técnica complementaria se analizaron casos mediante revisión de historias clínicas acompañadas por el relato del personal de salud involucrado en la atención a fin de reconstruir el abordaje institucional en casos puntuales.

Destinatarios del documento

Este resumen está dirigido principalmente a profesionales de la salud mental, médicos/as clínicos, pediatras, ginecólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeras/os que desde la asistencia o desde la gestión, participan en el abordaje de niñas y adolescentes embarazadas. El documento se dirige también a equipos de educación, de organismos protectores de derechos de NNyA, funcionarios/as judiciales, operadores/as extrajudiciales y policías que intervienen en dicho abordaje. El propósito del estudio fue describir los abordajes existentes desde el Estado con el fin de aportar insumos para la definición de políticas nacionales y provinciales.

Marco Epidemiológico

El embarazo en niñas o adolescentes muy jóvenes (menores de 15 años) expresa una multiplicidad de vulneraciones y carencias en el respeto de los derechos humanos y en la vigencia de políticas públicas -en especial de salud y equidad de género- e implica una conjunción de serios riesgos bio-psico-sociales. Puede considerarse uno de los problemas de salud pública más complejos y dramáticos que reciben nula o mínima atención.³

1 Organismos del sistema de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes y/o juzgados o fiscalías especializadas.

2 Se privilegió entrevistar profesionales que tuvieran contacto directo con niñas y adolescentes e menores de 15 años embarazadas para tener una mirada lo más cercana posible a la realidad. Se desestimaron, por este motivo, entrevistas a autoridades ministeriales (sea de salud, educación o de desarrollo social) o judiciales.

3 En 2015 se publicaron dos estudios focalizados en América latina que echan luz sobre esta problemática. Se trata del estudio "Vida Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades

Esta problemática conjuga aspectos de salud, sociales, de género, justicia y derechos humanos y constituye un indicador de desarrollo y bienestar social trazador de situaciones de alta vulnerabilidad.

Si bien la proporción de su ocurrencia es pequeña comparada con las adolescentes de 15 a 19 años, su impacto es crítico por sus implicancias en términos de salud, bienestar y vulneración de derechos.

Generalmente, a partir de los 13 o 14 años las adolescentes tienen relaciones sexuales voluntarias y en gran proporción con un varón también adolescente.

Muchos embarazos que ocurren en adolescentes menores de 15 años, y en particular antes de los 13, son producto de violencia sexual ejercida por integrantes de la familia o del entorno cercano bajo distintas formas de coerción que abarcan desde la imposición forzada hasta las amenazas, abuso de poder y otras formas de presión^{4,5}.

Chiarotti y cols. definen “embarazo infantil forzado” como el que ocurre “cuando una niña (menor de 14) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo”. El embarazo puede ser producto de una violación sexual o provenir de una relación sexual consensuada, en la que la niña no conocía las consecuencias o conociéndolas, no pudo prevenirlas. Es el caso de niñas que no han tenido educación sexual, o habiéndola tenido no pudieron acceder a métodos de prevención de los embarazos y de anticoncepción de emergencia⁶.

Los riesgos biomédicos relacionados con el embarazo y el parto son mayores en las niñas y adolescentes más jóvenes que tienen peores resultados maternos y neonatales comparadas con mujeres de mayor edad (muerte materna, infecciones, eclampsia, fístula obstétrica, parto prematuro y mortalidad neonatal). El riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores⁷.

Conde-Agudelo, Belizán y Lammers analizaron los datos del Sistema Informático Perinatal de América Latina del período de 1983 a 2003. En el análisis se controlaron

forzadas en niñas de 9-14 años” coordinado por Planned Parenthood Global junto con el O’Neil Institute for National and Global Health Law e Ibis Reproductive Health. <http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf> y el estudio Niñas madres: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe, realizado por CLADEM <https://www.cladem.org/images/imagenes-noticias/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf> Previo a eso la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología publicó el trabajo Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Factores-Relacionados-Maternidad-Menores-15-anos-LAC-FLASOG-2011.pdf>

4 Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, & Távara L. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

5 Casas, X. Cabrera, O. Reingold, R. Grossman, D. Vida Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años, 2015.

6 CLADEM; Niñas madres: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe, 2015.

7 UNFPA: Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy. The State of World Population 2013

16 factores de salud y socio-demográficos, y constataron que las madres más jóvenes tuvieron peores resultados. Las niñas de 15 años o menos tenían una probabilidad 4 veces mayor de mortalidad materna al comparar con el grupo etario de 20 a 24 años. También tenían una probabilidad 4 veces mayor de endometritis puerperal, 60% más probabilidad de eclampsia (pero no de manera significativa) y de hemorragia posparto, y 40% más probabilidad de anemia. Al comparar con los hijos de madres de 20-24 años, aquellos nacidos de madres de 15 años de edad o menos tenían una probabilidad 60% mayor de tener bajo peso al nacer o de ser prematuros; y una probabilidad ajustada 50% mayor de nacer pequeños para su edad gestacional y de muerte neonatal temprana⁸.

En el área de la salud mental se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto, que en general son más altas que las de la población adulta⁹. El estudio coordinado por Planned Parenthood Global identifica también situaciones de estrés post-traumático en las niñas/adolescentes que habían sido atacadas sexualmente, e ideación suicida durante el embarazo¹⁰. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado¹¹.

Cuando una adolescente menor de 15 años queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente. Termina abruptamente su ciclo educativo, enfrenta serios riesgos para su salud y su vida, se alteran sus relaciones sociales, se reducen significativamente sus perspectivas de inserción laboral y generación de ingresos, multiplicándose su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia.¹⁰

La ocurrencia de un embarazo antes de la maduración física, mental y social tiene consecuencias de corto y largo plazo que afectan el derecho a una niñez y adolescencia sana comprometiendo las etapas posteriores del ciclo vital^{12,13}.

Obligar a una niña/adolescente que no ha terminado de crecer a llevar a término un embarazo forzado o no deseado es una violación de sus derechos humanos equivalente a tortura o trato cruel, inhumano y degradante, según el caso, en los términos

8 Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross Sectional study. (Morbilidad y mortalidad maternoperinatal asociada con el embarazo adolescente en América Latina: Estudio Transversal.) *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342-349

9 Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological

10 Casas, X. Cabrera, O. Reingold, R. Grossman, D. op.cit.

11 Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 4: Adolescent Health and Development, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4, 27 (July 2003)

12 Girlhood, not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf

13 UNFPA: Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy. The State of World Population 2013

Tabla 1.

Evolución de la Tasa de Fecundidad Adolescente Temprana (10-14 años). Promedio país. **Años 2008-2015**

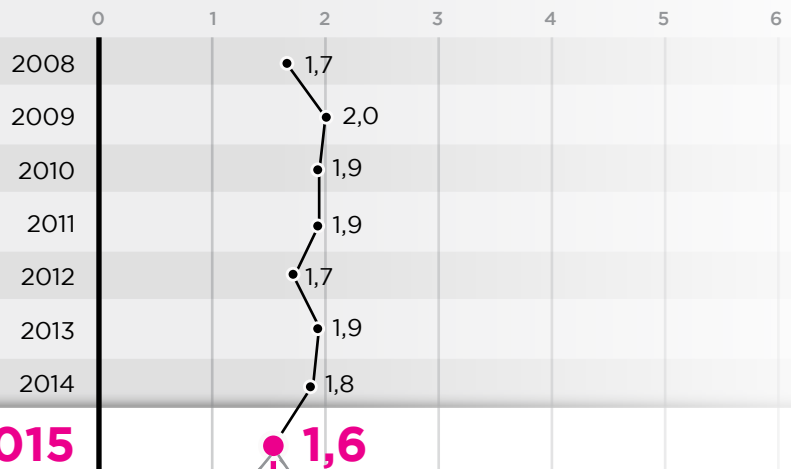
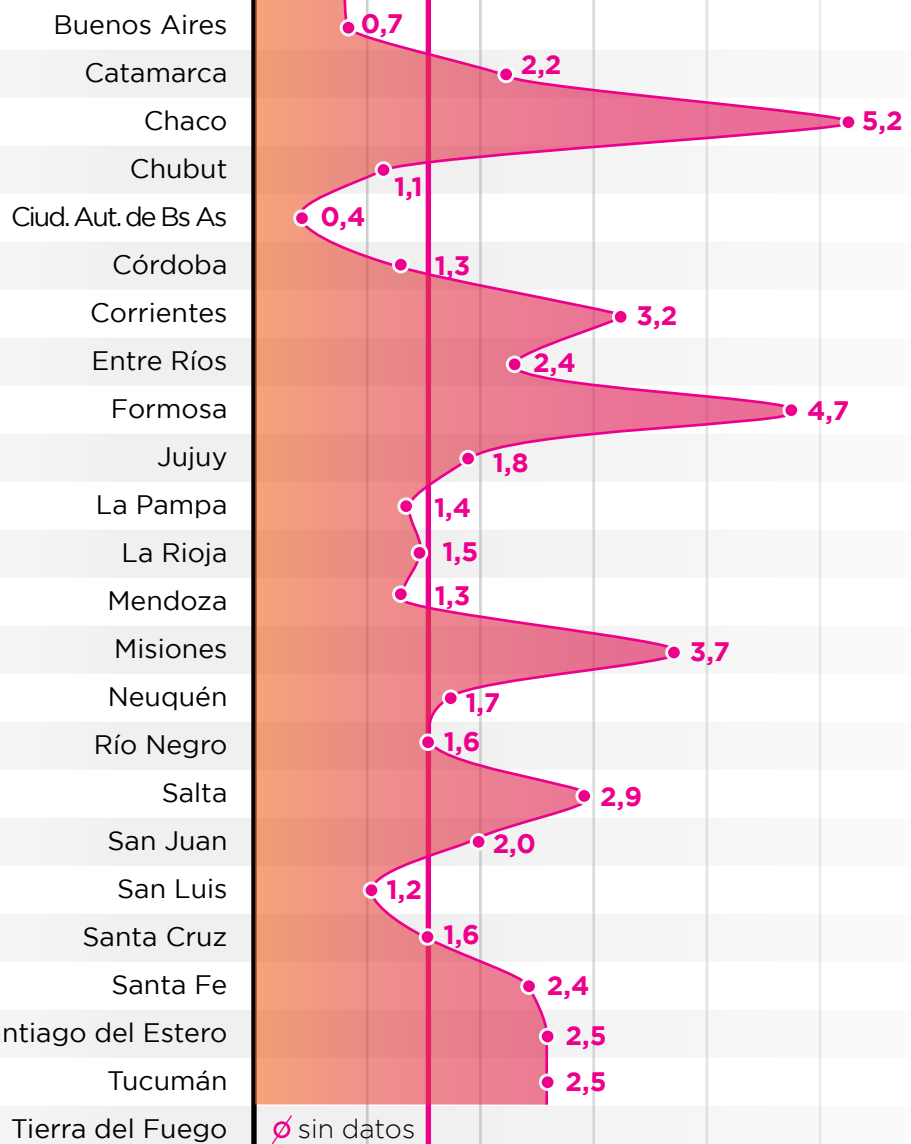


Tabla 2.

Tasa de fecundidad en niñas y adolescentes entre 10 y 14 años por provincia. **Año 2015**



de la Convención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁴.

A raíz de un caso de una niña paraguaya de 10 años embarazada por su padrastro a quien el estado le niega el derecho a la interrupción del embarazo, el Comité de Expertas (CEVI) del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará¹⁵ (MESECVI) expresó que siendo un embarazo producto de violencia sexual, la negación de su interrupción debe considerarse embarazo forzado. Este “perpetúa en la niña la violencia sexual y la expone a nuevas y reiteradas formas de violencia y vulneración de sus derechos humanos, que socavan de igual modo su integridad personal, su condición de niña y sus posibilidades futuras”¹⁶.

Fecundidad adolescente temprana en Argentina

La tasa de fecundidad adolescente temprana se ubica en los últimos años con valores cercanos al 2 x 1000. Esto significa que, por año, cerca de 3.000 niñas menores de 15 se convierten en madres, lo que merece una preocupación especial no sólo por el riesgo que representa a su salud física y emocional el embarazo a esa edad, sino porque a menor edad de la adolescente, mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas, o explotación sexual.

En el año 2015 hubo 2.787 nacimientos de madres menores de 15 años, lo que significó una tasa de fecundidad temprana para ese año del 1,6 x 1.000. La variación provincial es amplia, las tasas más altas se encuentran en las provincias del NEA (5,2 X 1000 en Chaco, 4,7 x1000 en Formosa y 3,7 x 1000 en Misiones) y las más bajas en la región Centro y Patagonia (0,7 x 1000 Buenos Aires, 1,1 x1000 en Chubut y 1,3 x 1000 en Córdoba).

14 CLADEM, op.cit.

15 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer

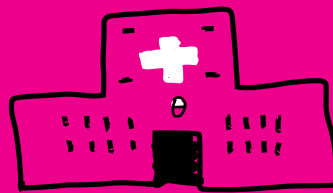
16 OAS-MESECVI-CEVI. “Garantizar los Derechos Humanos de las Niñas frente a la Violencia Sexual”. Comunicado por el Caso Mainumby, que mereció una Medida Cautelar por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2 de diciembre de 2015. Citado en CLADEM, 2015

Algunos indicadores de los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años

Análisis elaborado por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA), que cruza datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) con estadísticas vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

2010 - 2014

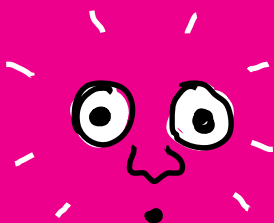
Partos en establecimientos públicos



84,9%
<15 años

77,6%
15/19 años

Embarazo no planificado



83,4%
<15 años

58,9%
15 años o más

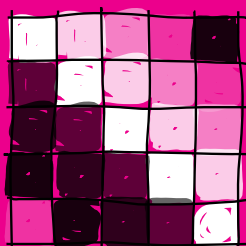
No utilizaba ningún MAC al momento que se embarazó



88,3%
<15 años

77,2%
15 años o más

Porcentaje de población indígena



3,8%
<15 años

1,6%
promedio

Porcentaje acumulado de repitencia de embarazo



5,1%
<15 años

Indicadores perinatales

Controles prenatales insuficientes (menos de 5 controles)



40,9%

<15 años

31,7%

15 años o más

Peso de los recién nacidos

Bajo peso
[Menos de 2.500 gr]



12,7%

<15 años

7,8%

15 años o más

Recién nacidos prematuros



16%

<15 años

9,9%

15 años o más

Muy bajo peso
[Menos de 1.500 gr]



2,6%

<15 años

1,5%

15 años o más

Recién nacidos con APGAR a los cinco minutos menor a 7



1,8%

<15 años

1%

15 años o más

Extremo bajo peso
[Menos de 1.000 gr]



1%

<15 años

0,6%

15 años o más

Marco normativo y lineamientos de atención

Violencia sexual

Los casos de Abuso Sexual en NNyA “tienen una importante dimensión cuantitativa, provocan serios daños por tratarse generalmente de situaciones que ocurren en el ámbito intrafamiliar o entorno cercano y de una manera crónica o reiterada, y por tanto requieren un abordaje médico, psico- social y jurídico particular”¹⁷

De acuerdo con la norma penal se distinguen tres tipos de conductas que atentan contra “la integridad sexual” de NNyA:

1

La violación:

acceso carnal por cualquier vía, vaginal, anal y el sexo oral (art. 119).

2

El abuso sexual calificado:

prácticas que, aunque no sean de penetración, son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o de masturbar al agresor y otros actos sádicos (art. 119).

3

El abuso sexual:

que incluye actos considerados penalmente “menos” graves, como manoseos o contacto con los genitales (art. 120)

Para la configuración de cualquiera de ellos se tiene en cuenta únicamente el consentimiento de la víctima y no la forma en la que se realizan (si hay violencia verbal o física, forcejeo, lesiones, etc.), por tanto, estos delitos pueden cometerse en ámbitos regulares de NNyA como el familiar, dentro de la pareja, la escuela, la iglesia y otros grupos en donde NNyA concurren frecuentemente; de la misma forma que en eventos esporádicos, como la vía pública, el transporte público, conciertos, boliches, etc.

El Código Penal considera que antes de los 13 años los/as NNyA no están, en general, en condiciones de prestar consentimiento sexual válido y por tanto, la persona adulta o con una diferencia importante de edad, que mantenga relaciones sexuales con una persona menor de 13 años será sancionada penalmente. Esta previsión penal no supone desconocer que NNyA pueden empezar su actividad sexual consentida antes de ese momento, en ejercicio de su autonomía, por el contrario, constituye una protección frente al abuso de posiciones de poder y autoridad, a la falta de experiencia, y a la posible manipulación de la voluntad de NNyA para acceder a conductas que no son realmente deseadas o apropiadas.

En el ámbito de la salud los/as profesionales están obligados a detectar y abordar

¹⁷ Ministerio de Salud de la Nación (2011) “Protocolo para la atención de personas víctimas de violencia sexual”.

estas situaciones de violencia sexual para evitar su continuación y atender los daños y perjuicios causados en cualquiera de las esferas de la salud de NNyA, evitando su revictimización. Para ello, se distinguen dos momentos:

1 Escucha activa

La primera obligación de los equipos de salud frente a la identificación de un caso de violencia sexual es la escucha activa, permitirle al/a NNyA que “cuente su historia” sin presionarle y respetando sus tiempos; puede ser en una o más visitas. Ello con el fin de determinar el tipo y formas de la violencia sexual que está sufriendo y poder diseñar una estrategia de abordaje interdisciplinario e interinstitucional.

2 Asistencia e información

La segunda obligación de los equipos y profesionales de la salud es entregarle toda la información necesaria, de acuerdo con su edad, grado de madurez y capacidad de discernimiento para que pueda participar significativamente en todas las decisiones necesarias para el abordaje integral de su situación. Esta información comprende tres aspectos:

Legales

Posibilidad de denunciar, derecho a recibir apoyo del Estado y contención de su red de confianza.

Médicos

Alternativas de atención de su salud bio-psico-social, en ese y otros servicios de salud, derivación a servicios especializados en este tipo de violencia, etc.

Operativos

Cómo se puede llevar adelante esa atención teniendo en cuenta sus condiciones particulares, el tipo de violencia que ha sufrido o sufre, cercanía del último episodio y entidad, identidad del/a agresor/a, etc.



Por tratarse de un delito de instancia privada y que en todos los casos requiere la participación activa de la víctima, es muy importante que NNyA víctimas de este tipo de agresiones estén debidamente fortalecidos/as y resguardados para que el proceso penal realmente sea parte de la restitución de sus derechos y no una instancia de revictimización que vulnere su dignidad, usándoles como medio de prueba de la comisión de un delito y no como sujetos con derecho a una vida libre de violencia.

En caso de consulta inmediata después de un episodio de violencia sexual, especialmente de violación, es necesario suministrar todas las prestaciones incluidas en el kit de respuesta inmediata: anticoncepción de emergencia, profilaxis de VIH e ITS y vacunas. Así como la atención en todas las esferas que se requiera. Es muy importante brindar atención a todo/a NNyA que llegue al servicio en esta situación, independientemente de que esté acompañado o no, sin importar su edad, origen nacional, lugar de residencia, etc. Se considera prioritaria la atención de NNyA víctimas de violencia sexual (art.3 Ley N° 26.486).

Deber de denunciar

El deber principal de los/as profesionales de la salud que reciben casos de abuso o violencia sexual contra NNyA es brindar la atención sanitaria y la contención requerida, así como todos los servicios disponibles, en articulación intra e interinstitucional, para proteger sus derechos¹⁸. Una vez se ha realizado esta atención, se debe ofrecer la posibilidad de realizar la denuncia de forma que el/la NNyA pueda impulsar la acción penal y participar para que la investigación de los hechos pueda llegar a la sanción efectiva del/a responsable. Sin embargo, existen casos en los que, por la edad, la capacidad de discernimiento, la falta de red social o la presencia de situaciones de violencia por parte de quienes ejercen tareas de cuidado, el/la NNyA no puede realizar la denuncia. En estos casos, es muy importante comunicar esta situación a las autoridades locales competentes para que puedan acompañar a ese/a NNyA en el proceso de restablecimiento de sus derechos.

De no ser posible activar una red interinstitucional con las autoridades responsables localmente de la protección de los derechos de NNyA, el/la profesional deberá denunciar la violencia sexual sufrida por el/la NNyA (menor de 13 años) a las autoridades policiales o judiciales¹⁹. En este último caso es muy importante tener en cuenta el riesgo en el que se puede dejar a la víctima, por ejemplo, si convive con su agresor/a o puede recibir represalias, para diseñar mecanismos que permitan reducir o eliminar la posibilidad de sufrir más violencias. En algunos casos las profesionales pueden ordenar la internación para poder observar y proteger al NNyA, hasta que las autoridades competentes tomen medidas más apropiadas de protección o puedan convocar a personas de confianza del NNyA para que se hagan responsables de su cuidado y protección y así evitar nuevas agresiones.

Interrupción legal del embarazo (ILE)

Desde hace casi un siglo la legislación argentina incluye causales de no punibilidad del aborto: riesgo para la vida o la salud de la mujer y embarazo producto de violación²⁰. Sin embargo, su implementación ha sido prácticamente nula hasta recientemente. En la última década se han dado cambios importantes que gradual e incipientemente generaron una mayor apertura e institucionalización del derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE). Estos cambios se motorizaron principalmente a partir de un fallo de la Corte Suprema de Justicia del año 2012 y los protocolos desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación y algunos ministerios provinciales.

El “Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015²¹ define las causales establecidas por el Código Penal de la siguiente manera:

18 Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes.

19 Ley Nacional 24.417 de Protección Contra la Violencia Familiar.

20 El artículo 86 del Código Penal de la Nación (CPN), que entró en vigencia en enero de 1922, determina los casos en los que el aborto se encuentra despenalizado: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

21 http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

1 Causal salud

Incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006). Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud. Las pautas para identificarlas son:

- El peligro para la salud debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto.
- La salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones: física, mental-emocional y social, de acuerdo a lo establecido por la OMS.
- La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.
- El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.
- La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.
- Si se trata de una mujer en buenas condiciones de salud pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una afectación; asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte.

Dada la evidencia epidemiológica acerca de los riesgos físicos y emocionales en los casos de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años, el acceso a la ILE está contemplado bajo la causal salud en todos los casos en que sea solicitado.

2 Causal violación

Toda mujer víctima de violación, con independencia de que tenga o no una discapacidad intelectual o mental, tiene derecho a la interrupción legal del embarazo producto de dicha violencia sexual. En estas situaciones es importante considerar que:

- La violación es una expresión de la violencia sexual y ésta es una manifestación de la violencia de género. Puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer (incluido el novio, marido o pareja), por personas de su conocimiento de otros ámbitos o por extraños.
- Los embarazos producto de una violación cometida por un novio, marido o pareja violenta deben considerarse como casos con derecho a solicitar su interrupción legal.

En los casos de violación, el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer, o cuando fuera necesario su representante legal, realice una declaración jurada donde afirme que el embarazo que cursa es producto de una violación.

Resultados y recomendaciones

Las causas del embarazo en la adolescencia temprana

“Son las chicas que comienzan a tener relaciones y por ahí no tienen conciencia real de lo que implica tener relaciones y los riesgos que corren”.

Médica Tocoginecóloga de hospital²²

Los/as informantes identifican la ocurrencia de un embarazo en el inicio de la pubertad como un fenómeno de origen multicausal en el que opera una variedad de factores determinantes que se conjugan y potencian. Éstos abarcan aspectos individuales, familiares, socioculturales e institucionales que conllevan a situaciones de extrema vulnerabilidad. En su análisis causal, los/as entrevistados/as refieren determinantes vinculados a la familia, la educación en general y la educación sexual integral (ESI) en particular, la cultura local, la pobreza y exclusión, el acceso a los métodos anticonceptivos, características y conductas entendidas como propias de la adolescencia, y la violencia sexual, en especial el abuso sexual intrafamiliar.

Si bien la insuficiente implementación de educación sexual integral en el sistema educativo y la falta de divulgación de los programas de salud sexual y reproductiva en la población se señalan como factores críticos, en general, los/as entrevistados/as creen que las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, pero a pesar de ello, no los utilizan. Hacen

hincapié en que los recursos anticonceptivos están disponibles pero que las adolescentes no acuden a la consulta para solicitarlos. Estas visiones revisten un tono culpabilizador hacia las adolescentes sin poder reflexionar sobre las prácticas de los servicios de salud como espacios receptivos o expulsivos para adolescentes en general y especialmente para las que tienen menos de 15 años. Algunos testimonios dejan ver actitudes prejuiciosas y obstaculizadoras respecto de las adolescentes que consultan por anticoncepción. Se evidencian vacíos de conocimientos técnicos, así como del marco de los derechos de adolescentes como usuarios/as del sistema de salud.

Es común la referencia a aspectos culturales, particularmente de las comunidades de población originaria, donde los/as entrevistados/as identifican normas culturales que admiten, promueven y naturalizan el embarazo en la adolescencia temprana, fundamentalmente a partir de la concepción de la menarca como un marcador de aptitud para la sexualidad activa y la reproducción.

Las explicaciones culturalistas y/o estigmatizantes del embarazo temprano dejan por fuera del alcance del Estado el cumplimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los y las adolescentes.

²² El género en el cual están enunciadas las profesiones de los informantes no tiene necesaria concordancia con el género del informante

¿Quiénes son los varones “co-gestantes”?

“Me ha tocado un caso que ha venido una niña de 12 años a ecografía y me dice, ¿puede pasar mi marido?, ¿y quién era el marido?: un muchacho adolescente que también la acompañó para la ecografía, entonces aproveché para charlar con los dos”.

Médica Asistente de hospital

Los/as entrevistados refieren como habitual la ocurrencia de embarazos en el marco de relaciones sentimentales entre chicas de 13 o 14 años con varones de entre 15 y 20 años, mientras que las situaciones de menores de 13 se vinculan casi exclusivamente a abuso sexual intrafamiliar perpetrado por varones adultos.

El peso del abuso sexual como causa del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15

años es un dato desconocido, y no existen registros que puedan brindar una aproximación.

Cabe destacar que tanto en el discurso de los profesionales de la salud como en los registros de historias clínicas aparecen menciones a “parejas estables” y cohabitación de adolescentes menores de 15 con adultos.



La articulación con el sistema de protección y justicia es fundamental en los casos de abuso sexual. Por otro lado, en los casos de relaciones consentidas, es necesario incorporar al varón durante el control prenatal para la consejería de salud sexual, el cuidado de su propia salud y la promoción de la corresponsabilidad en el cuidado.

La detección del embarazo

“Más o menos tenía 5 meses por altura uterina cuando vino al primer control refiriendo que ella no sabía que estaba embarazada y la madre decía que venía menstruando, que ella le compraba toallitas porque menstruaba”.

Obstétrica de centro de atención primaria

El punto de partida del recorrido institucional es la detección del embarazo. Este es un punto crítico ya que suele ser tardío por motivos de desconocimiento del cuerpo y sus procesos, negación u ocultamiento del embarazo. En algunas situaciones, en especial cuando existe abuso intrafamiliar, ni la adolescente ni su entorno tienen conciencia real de la presencia del embarazo hasta la concreción del parto.

Los/as entrevistados/as refieren que, en promedio, el primer contacto con el sistema de salud ante la sospecha o confirmación del embarazo es en el segundo trimestre.

La detección tardía del embarazo conlleva serias implicancias. En primer lugar, impide o limita un abordaje integral, adecuado y oportuno para evaluar las circunstancias en torno al embarazo y brindar intervenciones acordes en función de las necesidades detectadas (por ejemplo, interrupción legal del embarazo, apoyo psicológico, evaluación socio ambiental, detección de abuso sexual, etc.). En segundo lugar, implica un control deficiente o nulo durante el embarazo que, sumado al alto riesgo de base por la corta edad, puede generar complicaciones graves.



Deben habilitarse canales directos que vehiculicen a los centros de salud los casos detectados en la escuela o en la comunidad. En comunidades pequeñas, los agentes sanitarios y los/as promotores de salud facilitan este contacto.

El abordaje desde el sistema de salud

“Lo que hago es que la madre quede dos pasos atrás de manera que la niña se haga responsable. Acá cuando tienen el parto a la noche hacemos que se vaya el pariente para que queden tranquilas las parturientas, total la enfermera mira constantemente por la ventana del office. Eso es lo primero para hacerlas responsables de sus hijos, acá las enfermeras permanentemente las mira para que les den la teta”.

Jefa de enfermería, hospital

No existen pautas estandarizadas para la atención de niñas/adolescentes embarazadas en formato de guía o protocolo. No obstante, un elemento común es la clasificación del embarazo antes de los 15 años como de alto riesgo obstétrico. Esto implica que algunas jurisdicciones tengan como norma centralizar el control prenatal y/o el parto/cesárea en un centro de tercer nivel.

Algunos informantes, refieren intencionalmente no aplicar un abordaje diferenciado entendiéndolo que no hacer distinciones por edad y tratar a las adolescentes como cualquier embarazada contribuye a que maduren y asuman su rol de madres.

La presencia de equipos interdisciplinarios es diferencial según localidad y tipo de institución. En general, el personal de psicología y trabajo social es un recurso sobre-demandado e insuficiente compartido con todos los servicios del centro asistencial o directamente no existe.

Las instituciones que cuentan con servicios o espacios diferenciados de atención de adolescentes tienen mayor posibilidad de aplicar un abordaje integral, interdisciplinario y focalizado, mientras que los servicios generales tienden a tratarlo como “un embarazo más” con una mirada predominantemente biomédica.

Así como en la práctica está establecido que las niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas se clasifican como “alto riesgo obstétrico” y se refieren al segundo/tercer nivel, se sugiere considerar también el “alto riesgo psicosocial” y direccionar hacia los servicios de adolescencia que ofrecen atención integral.

La consulta inicial

“Casi el 100% viene con la madre, y la madre es la que habla, la madre es la que dice, la madre la que piensa, todo. Muy poquitas veces, que yo me acuerde, me ha tocado alguna chica que hable por sus propios medios o que tome la iniciativa de su propio control”.

Médico tocoginecólogo - posta sanitaria

Las adolescentes suelen concurrir a la consulta acompañadas por su madre. Los/as entrevistados/as señalan que las niñas y adolescentes “no hablan” y que sus madres o familiares lo hacen por ellas.

No existen pautas definidas respecto de la necesidad de indagar sobre las circunstancias bajo las cuales se originó el embarazo. Los profesionales de la salud, desde su experiencia

y sentido común, tienden a ver la necesidad de explorar con la adolescente el marco en el que se dieron las relaciones sexuales. Esto depende del compromiso, formación e iniciativa individual de cada profesional. Algunos médicos expresan no indagar para “respetar la privacidad de la paciente” o porque no se sienten capacitados. Los equipos especializados en adolescencia, y los de conformación interdisciplinaria son los que indagan en profundidad.



La consulta inicial debe incluir un momento de confidencialidad, privacidad, escucha activa, y ser un espacio libre de interferencia de terceros. La indagación respetuosa en torno al origen y circunstancias del embarazo es un primer paso hacia la detección de un posible abuso sexual.

Seguimiento posparto y contrarreferencia

“No tenemos la oportunidad de seguir absolutamente a todas. Las que son de acá, sí, depende del compromiso de quien la atiende si avisa al centro de salud para que la siga, pero si no, mucho no tenemos la oportunidad de seguirlas porque vienen de otras áreas”.

Médico de hospital

Un punto de notable convergencia entre los/as informantes del sistema de salud es la falta de seguimiento posparto luego del alta hospitalaria. El hecho que los embarazos se categoricen como de alto riesgo y se centralice su atención en el nivel de mayor complejidad, implica que el control prenatal (a veces) y el parto (casi

siempre) tengan lugar en instituciones fuera de la comunidad de residencia de la adolescente. Una vez ocurrido el parto el seguimiento vuelve a ser tarea del primer nivel. Esta contrarreferencia en general no fluye, en parte por desarticulaciones en la red asistencial, y en parte porque no es vista como prioritaria.



Los circuitos de referencia y contrarreferencia entre el primer nivel de atención y las Maternidades son centrales para el seguimiento de la niña/adolescente, en particular para la prevención de la repitencia del embarazo no intencional.

Anticoncepción postparto

“En la Maternidad, como vienen trabajando antes del alta, ya se van con su anticonceptivo. Si es oral, le dan 3, 4 cajas. Si es el implante, se lo colocan antes de irse. Por lo general salen del alta con un anticonceptivo”.

Obstétrica de Centro de Atención Primaria

Según los/as informantes, la consejería, oferta y entrega/colocación de un método anti-conceptivo luego del parto es una práctica instalada que se realiza a través de diferentes modalidades como el alta conjunta o el control puerperal en la maternidad o en el primer nivel. En todas localidades se menciona la oferta de métodos de largo plazo (LARCs), particularmente el implante subdérmico.

Se detectaron casos de adolescentes embarazadas producto de violencia sexual a quienes se les colocó el implante luego del parto. Este es un tema que amerita un análisis particular dado que puede tratarse de adolescentes que no tienen una vida sexual activa y por lo tanto no requeriría aun de un anticonceptivo de largo plazo.



La anticoncepción inmediata posevento obstétrico, que incluye métodos anticonceptivos de larga duración como el DIU y el implante subdérmico, debe estar garantizada en todos los casos a través de consejería durante el control prenatal y la internación.

Interrupción legal del embarazo (ILE)

“Lo dejamos librado al profesional que atiende, no estamos ni en contra ni a favor desde la dirección. Cada profesional se maneja con su particular postura ideológica más allá de lo que dice la ley”.

Director de hospital

La mayoría de los/as informantes no menciona espontáneamente la interrupción legal del embarazo como un elemento del abordaje integral de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Al indagarse de manera específica, la respuesta más común de los profesionales de la salud es que la práctica no se realiza en su institución, que “el personal no está habilitado”, que “no han tenido ningún caso” o que “no hay protocolo” y evidencian un profundo desconocimiento de la normativa vigente.

En los discursos no se contempla ninguna otra opción más que la maternidad y abundan las expresiones tales como: “ahora ya está”, “ahora hay que tenerlo, criarlo y cuidarlo”, “se tiene que hacer cargo”.

Frente a la solicitud o expresión concreta de no querer continuar el embarazo es habitual que el equipo de salud presione para que la adolescente lo continúe.

Las valoraciones personales de los profesionales redundan en la negación institucionalizada de derechos a las niñas y adolescentes, muchas veces a conciencia de que se empuja a las mujeres al circuito clandestino del aborto inseguro.

En la mayoría de los hospitales y centros de salud consultados la ILE es una dimensión

institucional inexistente. Una vez confirmado el diagnóstico del embarazo, el abordaje habitual es encaminar el seguimiento del control prenatal sin considerar la dimensión de la interrupción legal aun cuando se trate de casos donde convergen todas las causales de aborto legal vigentes (riesgo para la vida, riesgo para la salud y embarazo producto de violación).

Sólo una minoría de entrevistados/as conocen en profundidad el marco legal de ILE. En Jujuy, Santiago del Estero y Catamarca se realizan ILEs en una única institución de la provincia, por lo general en la ciudad capital y en un centro de tercer nivel. Por otro lado, la ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción donde se observa mayor disponibilidad de acceso a ILE, especialmente en los centros de salud, mientras que en Salta y Entre Ríos los informantes no refieren que se provea la práctica en ninguna institución.

Por su parte, en los operadores del sistema judicial predomina la visión de que su intervención no es necesaria para que se practique, pero existen también posturas de profunda ignorancia que colisionan tanto con el código penal como con el fallo “FAL” de la Corte Suprema de Justicia, como por ejemplo afirmar que el permiso de aborto legal por violación es sólo para mujeres con discapacidad mental.



En todos los casos se debe brindar una consejería en opciones que incluya el asesoramiento y oferta de ILE por causal salud y/o causal violación según el Protocolo para la atención de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación.

Adopción

“Porque es un camino de hormiga que hemos ido construyendo para que la sociedad entienda que una mujer puede no tener el deseo de ser mamá y que la renuncia o el delego de la crianza se la pueda entender”.

Trabajadora social de sistema de protección de derechos de NNyA

En los discursos de los entrevistados/as tanto del sector salud como del sector justicia y de los organismos protectores de derechos, la temática de adopción es muy poco abordada y se evidencia poca experiencia al respecto. La percepción generalizada es que la decisión de dar en adopción es muy inusual y que por lo general las madres de las adolescentes se hacen cargo de la crianza de sus nietos.

Por la especificidad de su rol, los/as informantes del sistema de justicia o protección de derechos de niños/as y adolescentes se explican algo más sobre la temática de adopción. En Santiago del Estero, por ejemplo, existe un organismo especial llamado “Huahuas” que interviene en casos de “niños/as carentes de cuidados parentales y mujeres en conflicto con su maternidad, ya sea por abuso o por manifestación de adopción.



La articulación intersectorial entre salud, educación, justicia y organismos protectores de derechos debe garantizar tanto la decisión y cuidado de la niña que da en adopción como su seguimiento posalta (reinserción escolar, retorno seguro al hogar, y acompañamiento en los casos que sea necesario).

El abuso sexual relacionado al embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años

En el sistema de salud

Los/as informantes señalan que el abuso sexual es una problemática subreportada. El sistema de salud no lleva registros sistematizados y el sistema de justicia sólo se basa en las denuncias formales que no siempre se realizan, de manera que el número de denuncias no da cuenta de la ocurrencia real del evento (aunque tampoco fue posible acceder a registros oficiales que cuantifiquen denuncias).

La no radicación de denuncias se asocia por un lado a la “naturalización” y aceptación sociocultural del abuso, y por otro lado al carácter intrafamiliar del abuso que, con frecuencia, inhibe a la madre de denunciar a un familiar directo. En ese sentido, abundan en los relatos de situaciones de “protección del abusador”, “arrepentimiento” del denunciante por cuestiones familiares como la dependencia económica, la violencia de la que son víctimas las propias madres de las adolescentes o los vínculos afectivos que dificultan denunciar a sus propios hijos, hermanos, parejas, etc. También se menciona el aislamiento, la falta de recursos y el desconocimiento de los mecanismos para denunciar.

Los/as informantes del sector salud refieren conocimientos básicos sobre cómo actuar ante sospecha o confirmación de abuso sexual en NNyA, pero en general no se guían por protocolos, si bien algunos mencionan su existencia.

Los equipos están más habituados a recibir situaciones de abuso “reciente” no vinculadas a un embarazo donde el procedimiento incluye la revisión por el médico forense y la recolección de pruebas indicada por la fiscalía. Por lo general los equipos de salud se abstienen de intervenir y esperan que lo haga el personal judicial. Se perciben algunas tensiones respecto de las responsabilidades y competencias de cada sector que en algunas ocasiones representan demoras en la atención (“interrogatorio”, cámara Gesell) y que algunos entrevistados perciben como revictimizantes con NNyA.

Preocupa que tanto los relatos del personal de salud entrevistado como los registros de las historias clínicas muestren situaciones de “sospecha de abuso” sobre las cuales no se profundiza aún cuando se identifican alarmas como VDRL positiva.

Se observa la necesidad de contar con mayores pautas definidas y acordadas para el abordaje de violencia sexual y el embarazo en niñas y adolescentes. Generar un espacio de confianza y donde la adolescente pueda expresarse exige una dedicación especial para analizar cada caso, así como la lectura del lenguaje no verbal y la generación de espacios sin presencia de familiares.

En el sistema de protección de derechos de niños/as y adolescentes y el sistema de justicia

La existencia, disponibilidad y nivel de desarrollo de los organismos de protección de derechos de niños/as y adolescentes de acuerdo con la ley 26.061 es variable según jurisdicción. La información recogida en las entrevistas no permite delinear un mapeo de instituciones, pero da cuenta de una amplia variedad de situaciones que oscilan entre el antiguo paradigma tutelar y el modelo de protección integral que dispone la legislación vigente.

La articulación entre el sistema de salud, justicia y protección de derechos de niños/as y adolescentes es incipiente en algunos sitios y más afianzado en otros, especialmente donde existen servicios zonales o delegaciones de

los órganos de la Dirección o Subsecretaría de Niñez y Adolescencia (DINAF, SUBNAF). Las jurisdicciones que cuentan con organismos especializados en violencia suelen tener mayor disponibilidad de recursos humanos interdisciplinarios formados. Tal es el caso de las fiscalías especializadas en violencia en Salta, o en Santiago del Estero, aunque no están presentes en toda la provincia. En el caso de la CABA, el Programa “Víctimas contra las Violencias” que funciona bajo órbita de la Subsecretaría de Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación cuenta con un equipo móvil las 24 horas que interviene ante la comunicación de cualquier delito contra la integridad sexual.

El embarazo en la adolescencia y el sistema educativo

Más allá del rol central de las instituciones educativas en la ESI, los/as docentes entrevistados enfatizan las medidas existentes para la retención escolar de las alumnas embarazadas: los regímenes especiales de inasistencias, las adecuaciones para la compensación de materias, el estudio domiciliario, la escuela hospitalaria en situaciones de internaciones prolongadas y la posibilidad de asistir a clase con el bebé. Las estrategias son diversas y el objetivo es evitar la deserción por embarazo y maternidad. El gabinete psicopedagógico es un recurso importante en este abordaje.

En la mayoría de los sitios estudiados, cuando el equipo docente toma conocimiento de que alguna alumna está embarazada, la generalidad es comunicarlo de inmediato a madre, padre o tutores. No se observa articulación directa con el sistema de salud.

Indagados acerca de la identificación de situaciones abuso sexual, los/as docentes no manejan

protocolos y refieren la necesidad de capacitación y trabajo en red.

La CABA se distingue por tener un desarrollo programático en el Ministerio de Educación focalizado en estudiantes que transitan un embarazo o que han sido madres/padres. Se trata del “Programa de Retención Escolar de Alumnas/os madres/padres y embarazadas en Escuelas Medias y Técnicas” que funciona desde 1999 y actualmente alcanza 148 colegios secundarios. Además del objetivo principal de garantizar la continuidad educativa, este programa tiene una articulación cercana con hospitales y centros de salud de la ciudad, y su equipo facilita el acceso a la consulta integral para adolescentes embarazadas con acompañamiento directo y referencia a centros amigables. El abordaje que aplica tiene un fuerte anclaje en el marco de derechos de los/as adolescentes destacando los principios de autonomía y confidencialidad. Este programa es también un nexo articulador entre el sistema educativo y el Consejo de Derechos de NNyA.



En la medida en que el sistema de salud, así como los de educación, justicia y organismos protectores incorporen en sus prácticas institucionales la perspectiva de género y de derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos, podrán ayudar a cambiar el destino de niñas y adolescentes hacia uno con un futuro mejor.

Conclusiones generales

Cada año la Argentina es testigo de aproximadamente 3000 partos en niñas y adolescentes menores de 15 años, lo que demuestra que aún no son suficientemente efectivas las políticas públicas orientadas a la prevención y al abordaje del embarazo en este tramo de edad que, sin duda, presenta características únicas diferentes a las de la adolescencia tardía.

La ocurrencia de un embarazo antes de los 15 años evidencia vulnerabilidades y genera riesgos. Es tal vez uno de los fenómenos donde convergen con mayor crudeza la exclusión, las inequidades, la violencia y la injusticia. Tanto por sus causas como por sus consecuencias se debería eliminar o reducir al mínimo. Esto implica, por un lado, prevenir su ocurrencia y por otro, brindar respuestas adecuadas y oportunas cuando sucede.

Su prevención abarca dos ejes principales:

1 La promoción de sexualidades seguras, responsables, informadas y consentidas en la adolescencia temprana.

Actualmente a nivel nacional el promedio de edad de iniciación sexual en mujeres adolescentes es de 15,5²³ años. Indudablemente una proporción no despreciable se inicia antes de esa edad y requiere de la información, los servicios y los insumos para poder entender, decidir y ejercer su sexualidad sin presiones ni riesgos.

2 La prevención del abuso sexual

Sólo será posible si va de la mano de la transformación de un sistema de dominación patriarcal violento hacia las mujeres, que debe ser promovida por las instituciones, y con ellas, todos quienes trabajan en salud, educación, justicia y organismos protectores de derechos, deben acompañar y promover.

Ambos ejes son componentes nodales de la educación sexual integral tal como está definida y legislada en Argentina. Fortalecer el Programa Nacional de ESI e implementar sus contenidos y metodologías en todos los niveles de enseñanza y con todas sus audiencias objetivo (alumnos, docentes y familias) no sólo es un deber del Estado y un derecho de niños/as y adolescentes, sino que es una urgencia cuya atención sólo puede traer beneficios.

El proyecto de “Asesorías en salud integral en escuelas secundarias” que lleva adelante el PNSIA, busca acortar la brecha entre el sistema educativo y el sistema de salud, convirtiéndose en un gran facilitador en términos de que los/as adolescentes accedan a consejerías en salud integral, que incluyen información en anticoncepción y salud sexual.

23 ENSSyR 2013

Asimismo, son necesarias campañas de comunicación masiva con eje en los derechos de niños/as y adolescentes que permitan quitar el tabú de la sexualidad en la adolescencia temprana, y que ofrezcan información sobre prevención del embarazo en lenguaje claro y accesible a la vez que visibilicen y cuestionen las inequidades de género. Se necesitan mensajes claros dirigidos a develar y desnaturalizar el abuso sexual.

La atención de adolescentes en el sistema de salud requiere un abordaje diferenciado y específico atento a sus particularidades y necesidades. Los servicios deben partir de una concepción integral e interdisciplinaria con enfoque en el aprovechamiento de oportunidades. La garantía de confidencialidad y privacidad son elementos clave para habilitar el acercamiento y la confianza.

La detección de niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual depende fundamentalmente de escucharlos/as y reconocer señales en su comportamiento. Es imprescindible prestarles atención, privacidad y escucha libre de juicios.

A la hora de trazar una hoja de ruta para el abordaje del embarazo cuando éste es un hecho, el primer punto es la detección oportuna para acompañar a la adolescente y su familia en la toma de decisiones informadas sobre su continuidad o interrupción y facilitar los servicios acordados. En la detección el rol de la escuela es central, y debe tenerse en cuenta también cómo llegar a las adolescentes aisladas geográficamente, las de comunidades originarias y las excluidas del sistema educativo. Dispositivos en terreno podrían contribuir a la captación, como la figura de promotores o agentes sanitarios juveniles o mujeres líderes de la comunidad que puedan posicionarse como referentes en temas de salud y violencia basada en género. Por su parte, los equipos de salud deben estar atentos a todo indicio que pueda dar cuenta de situaciones de riesgo de embarazo, y en especial de abuso sexual.

Las pautas para el abordaje desde el sistema de salud, además de las consideraciones clínicas, deben aportar los fundamentos legales y herramientas operativas para la atención. Toda niña o adolescente menor de 15 años debe recibir atención integral entendida como la atención de su salud física, mental, y la protección y restitución de derechos adecuadas a cada situación. La orientación en opciones frente al embarazo incluyendo la oferta de ILE es un elemento que no puede estar ausente en la ruta.

Se deben trazar rutas internas para el sector salud y rutas intersectoriales, en especial con el sistema de protección de derechos de niñas/os y adolescentes para la activación de las medidas de protección integral. La articulación debe ser ágil y estar mapeada en protocolos que definan roles y responsabilidades para cada actor. En virtud de la heterogeneidad de la estructura y grado de implementación de las instituciones del sistema de protección en cada jurisdicción estudiada, se recomienda delinear circuitos locales a nivel de provincia y municipio.

Bibliografía

Artículos y libros

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1993). ***Beck Depression Inventory: Manual***. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Casas, X. Cabrera, O. Reingold, R. Grossman, D. (2015). ***Vidas Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años***.

Disponible en: <http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf>

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). ***“Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross Sectional study”***. (Morbilidad y mortalidad materno-perinatal asociada con el embarazo adolescente en América Latina: Estudio Transversal.) En: ***American Journal of Obstetrics and Gynecology***, 192(2), 342-349.

Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Mori, R. (2014). ***“Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study”***. En: ***BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology***. ***BJOG: Int. J. Obstet. Gy.***, 121, 40-48.

Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, & Távora L. (2011). ***Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología***. Disponible en: <https://www.sguruguay.org/documentos/6factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf>

Leyes y convenciones

Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes.

Ley Nacional 24.417 de Protección Contra la Violencia Familiar.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

Documentos de organismos nacionales

PNSSyPR (2015).

Protocolo para la atención de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.

Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

PNSSyPR (2014).

Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud.

Disponible en: http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_contenido

PNSIA y UNFPA (2016).

Lineamientos sobre Derechos y Acceso de los y las adolescentes al sistema de salud.

Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Lineamientos_sobre_Derechos.pdf

PNSSyPR e INDEC (2013).

Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Documento de Trabajo N° 1. Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años.

Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cnt-ENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

Documentos de agencias internacionales y ONGs regionales

CLADEM (2015).

Niñas madres: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe.

Disponible en: <https://www.cladem.org/images/imgs-noticias/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>

ONU - Committee on the Rights of the Child, General Comment (2003).

Adolescent Health and Development. No. 4: U.N. Doc. CRC/GC/2003/4, 27, July.

UNFPA (2013).

“Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy”. The State of World Population.

Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>

UNFPA (2015)

Girlhood, not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy.

Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf

UNICEF (2016).

Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos.

Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

