



Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.

Abordajes institucionales desde los sistemas de salud, 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.

Informe de resultados de investigación

Septiembre 2017

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

Coordinador: Dr. Juan Carlos Escobar

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Coordinadoras: Dra. Silvia Oizerovich y Lic. Gabriela Perrota

Responsables del estudio:

Victoria Keller (PNSIA)

Nina Zamberlin (consultora)

Equipo de trabajo

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

Índice

1. Introducción.....	5
2. Embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años	5
3. Fecundidad adolescente temprana en Argentina	9
4. Algunos elementos del marco normativo en Argentina	12
4.1 Violencia sexual.....	12
4.2 Deber de denunciar	14
4.3 Interrupción legal del embarazo (ILE).....	15
5. Metodología y muestra	17
5.1 Análisis	19
6. Resultados	19
6.1 El foco en niñas y adolescentes menores de 15	20
6.2 Las causas del embarazo antes de los 15 años.....	21
6.3 Familias	22
6.4 Inmadurez, desconocimiento, falta de educación	24
6.5 Acceso a los métodos anticonceptivos	28
6.6 Cuestiones culturales (particularmente en comunidades alejadas o población originaria)	30
6.7 Los mandatos de género	31
6.8 ¿Quiénes son los varones “co-gestantes”?	31
7. Los recorridos institucionales	34
7.1 La detección del embarazo.....	34
7.2 El abordaje desde el sistema de salud	37
7.3 La consulta inicial	39
7.4 La indagación sobre las circunstancias en torno al origen del embarazo..	40
7.4 Seguimiento posparto y contrarreferencia.....	43
7.5 Anticoncepción posparto	45
7.6 Interrupción legal del embarazo (ILE).....	45

7.7 Adopción.....	53
7.8 El abuso sexual relacionado al embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.....	56
7.9 Los procedimientos en casos de abuso sexual	58
8. Conclusiones.....	65
9. Recomendaciones.....	67
10. Bibliografía.....	72

Índice de acrónimos

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud
CeSAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria
CIC: Centro Integral Comunitario
CPN: Código Penal de la Nación
DEIS: Dirección de Estadística e Información Sanitaria
DINAMIA: Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia
ESI: Educación Sexual Integral
HC: Historia Clínica
ILE: Interrupción Legal del Embarazo
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
MAC: Métodos Anticonceptivos
MALD: Métodos Anticonceptivos de Larga Duración
MESECVI: Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará
NEA: Noreste argentino
NNyA: Niños, niñas y adolescentes
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PNSIA: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia
PNSSyPR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
SIP: Sistema Informático Perinatal
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia

1. Introducción

En el marco de la articulación de UNICEF con el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA); y en colaboración con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación, se acordó una línea de trabajo conjunta sobre la temática del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. En este marco se desarrolló un estudio de investigación exploratoria con el fin de aportar conocimiento para la definición de políticas públicas nacionales y provinciales. OPS/OMS y UNFPA también aportaron apoyos para la realización de este estudio.

La investigación tuvo como objetivo identificar y analizar los abordajes institucionales que se aplican desde los sistemas de salud, 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 derechos de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA).

Los objetivos específicos apuntaron a reconstruir el recorrido de las adolescentes embarazadas menores de 15 años a partir del contacto con el sistema de salud y la articulación con los demás sectores estatales indagados.

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

2. Embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años

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 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.¹

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. Pero 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^{2,3}.

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

¹ En 2015 se publicaron dos estudios focalizados en América latina que echan luz sobre esta problemática. Se trata del estudio “Vida Robadas: Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades 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/imgs-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>

² 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.

³ Casas, X. Cabrera, O. Reingold, R. Grossman, D. Vida Robadas: Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años, 2015.

educación sexual, o habiéndola tenido no pudieron acceder a métodos de prevención de los embarazos y de anticoncepción de emergencia⁴.

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 mayores⁵.

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 16 factores de confusión 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 temprana⁶.

En otro estudio se investigó el riesgo de resultados adversos del embarazo en 29 países en África, América Latina, Asia y Medio Oriente. En general, la prevalencia de eclampsia entre las niñas de 15 años o menos fue más del doble que la de las mujeres de 20–24 (75% presentaba varios resultados maternos adversos frente a 34% en el grupo de mayor edad). Aunque los resultados multivariados fueron consistentes a nivel cualitativo con los de Conde-Agudelo y otros, la importancia y magnitud del efecto para cada resultado fue variado. A comparación con las madres de 20–24 años de edad, las madres adolescentes de 15 años o menos tenían 5 veces más probabilidad de desarrollar endometritis puerperal, 3 veces más probabilidad de eclampsia, casi el doble de probabilidad de infecciones sistémicas, casi 70% más probabilidad de parto prematuro, 57% más probabilidad de mortalidad neonatal, y 75% más probabilidad de varias afecciones neonatales. La probabilidad de resultados maternos severos, incluida

⁴ CLADEM; Niñas madres: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe, 2015.

⁵ UNFPA: Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy. The State of World Population 2013

⁶ 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.

la mortalidad materna, era 20% más elevada entre las menores de 16 años, pero no de modo significativo.⁷

Las consecuencias en la salud física tienen relación con el escaso desarrollo debido a la edad. El embarazo absorberá calcio y otros nutrientes de una niña que todavía los necesita para sí misma. Además, incrementará la presión sobre el sistema cardiovascular. El mayor peligro, sin embargo, es el piso pélvico. Las niñas pueden empezar a ovular y menstruar a los 9 años, pero el hecho que pueda quedar embarazada no significa que pueda tener un parto de forma segura. La pelvis no se desarrolla por completo hasta más avanzada la adolescencia. Un parto natural puede implicar un trabajo de parto prolongado y complicado.⁸

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. La ocurrencia de un embarazo antes de la maduración física, mental y social tiene consecuencias de corto y largo plazo

⁷ 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. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. *BJOG: Int J Obstet Gy*, 121, 40-48.

⁸ CLADEM, *op.cit.*

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).

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 de la Convención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, 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.

3. 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 cada año cerca de 3.000 niñas menores de 15 años se convierten en madres, hecho que merece una preocupación especial no sólo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad, sino porque a menor edad de la mujer mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas o explotación sexual.

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

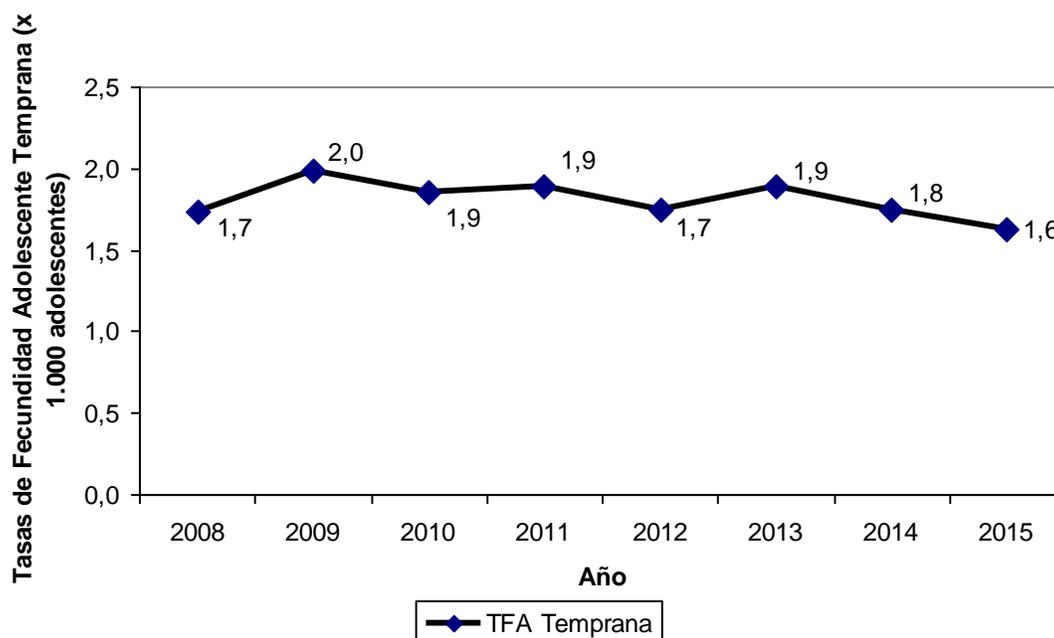
¹⁴ CLADEM, *op.cit.*

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

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 10000 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 1.000 en Córdoba).

Tabla 1. Evolución de la Tasa de Fecundidad Adolescente Temprana (10-14 años). Promedio país. Año 2008-2015



Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS

Tabla 2. Tasa de fecundidad en niñas y adolescentes entre 10 y 14 años por provincia. Año 2015

Provincia	Tasa de fecundidad <15
Buenos Aires	0,7
Catamarca	2,2
Chaco	5,2
Chubut	1,1
Cdad. Aut. de Buenos Aires	0,4
Córdoba	1,3
Corrientes	3,2
Entre Ríos	2,4

Formosa	4,7
Jujuy	1,8
La Pampa	1,4
La Rioja	1,5
Mendoza	1,3
Misiones	3,7
Neuquén	1,7
Río Negro	1,6
Salta	2,9
San Juan	2,0
San Luis	1,2
Santa Cruz	1,6
Santa Fe	2,4
Santiago del Estero	2,5
Tierra del Fuego	-
Total País	1,6
Tucumán	2,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS

La maternidad a edades muy tempranas también tiene consecuencias para los hijos. Aunque en todas las edades maternas la mayoría de los nacimientos se producen a término, los nacimientos pre-término son más frecuentes cuando las madres son menores de 15 años.

Un 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), muestra que los embarazos en menores de 15 años son los que en mayor proporción ocurren en establecimientos públicos (84,9% de los partos). Asimismo, las madres menores de 15 años reportan en mayor proporción haber experimentado violencia durante el embarazo (1,3%) comparadas con 0,7% en el grupo 15-19 y 0,6% en todos los otros rangos etarios). En el quinquenio 2010-2014, el porcentaje de embarazo no planificado fue de 83,4% en menores de 15, un valor significativamente superior al de la franja 15-19 (58,9%). La casi totalidad de las menores de 15 (88,3%) no utilizaba ningún MAC al momento que se embarazó.

Por otro lado, las menores de 15 son las que tienen el mayor porcentaje de población indígena frente al resto de los otros tramos de edad (3,8%) comparado con un promedio de 1,6%. Asimismo, conforme la información del SIP para el quinquenio 2010-2014, el porcentaje acumulado de repitencia de embarazo en menores de 15 años fue de 5,1%.

Los indicadores perinatales en menores de 15 son alarmantes. Para el quinquenio 2010-2014:

- 40,9% tuvo controles prenatales insuficientes (menos de 5 controles), comparado con 31,7% en madres mayores de 15 años.
- 12,68% de los recién nacidos tuvo bajo peso al nacer, comparado con 7,8% en madres mayores de 15 años.
- 2,62% de los recién nacidos tuvo muy bajo peso al nacer, comparado con 1,49% de las madres mayores de 15 años.
- 1% de los recién nacidos tuvo extremo bajo peso al nacer, comparado con 0,65% de las madres mayores de 15 años.
- 16% de los recién nacidos fueron prematuros, comparado con 9,9% de las madres mayores de 15 años.
- 1,85% de los recién nacidos tuvo un Apgar a los cinco minutos menor a 7 comparado con 1,03% de las madres mayores de 15 años.

4. Algunos elementos del marco normativo en Argentina

4.1 Violencia sexual¹⁷

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”¹⁸

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

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

¹⁷ Esta sección completa fue extraída del documento “Lineamientos sobre Derechos y Acceso de los y las adolescentes al sistema de salud” desarrollado por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación y publicado en 2016.

¹⁸ Ministerio de Salud de la Nación (2011) “Protocolo para la atención de personas víctimas de violencia sexual”. Página 16.

- 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 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.

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 “cuenta 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. 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 los aspectos legales (posibilidad de denunciar, derecho a recibir apoyo del Estado y contención de su red de confianza), aspectos 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.), aspectos 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.).

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 lo 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° 26.648).

4.2 Deber de denunciar

El deber principal de los/as profesionales de la salud que se enfrentan a un caso de abuso o violencia sexual contra NNyA, es brindarle la atención sanitaria y la contención requerida, así como todos los servicios disponibles, en articulación intra e interinstitucional, para proteger sus derechos¹⁹. Una vez se ha realizado esta atención, se debe ofrecer la posibilidad de realizar la denuncia de forma que NNyA puedan impulsar la acción penal y participar de forma 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 un/a NNyA (menor de 13 años) a las autoridades policiales o judiciales²⁰. 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/a NNyA, hasta que las autoridades competentes tomen medidas más apropiadas de protección o pueden convocar a personas de confianza de NNyA para que se hagan responsables de su cuidado y protección para evitar nuevas agresiones.

Ante la detección de una situación de violencia es obligación de los/as profesionales de la salud actuar para proteger los derechos de NNyA. En primer lugar, se deben activar mecanismos sanitarios (equipos interdisciplinarios) e institucionales (autoridades de protección de derechos de NNyA) que garanticen que los/as NNyA tengan la contención adecuada. En segundo lugar, activar los

¹⁹ Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes.

²⁰ Ley Nacional 24.417 de Protección Contra la Violencia Familiar.

mecanismos judiciales para que se investigue el hecho y se sancione a la/s persona/s responsable/s. 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 fortalecidas y resguardadas 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.

4.3 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 violación²¹. 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 2015²² establece que:

*La **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 OMS, 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:*

²¹ 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.

²² http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

- *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.*

Con respecto a la **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 esta 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.

5. Metodología y muestra

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. La metodología incluyó entrevistas semi-estructuradas con informantes del sistema público de salud, educación, justicia y desarrollo social²³ que tienen contacto directo con niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas²⁴. 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.

El estudio se realizó en conjunto con los programas provinciales de Adolescencia y de Salud Sexual de cada una de las provincias seleccionadas. En cada sitio se contrató una investigadora local que estuvo a cargo del trabajo de campo y el procesamiento de datos. El diseño del estudio y los instrumentos de recolección de datos estuvieron a cargo del PNSIA, al igual que la coordinación general del trabajo de campo, el análisis de la información recabada y la redacción de este informe.

La selección de las provincias responde a dos criterios. Por un lado, se buscó enfocar en jurisdicciones con altas tasas de fecundidad temprana (10-14 años), y por otro lado, se priorizaron provincias con las cuales el PNSIA tiene una articulación fluida para facilitar los acuerdos que permitieran el trabajo conjunto. A su vez, en cada provincia se seleccionaron tres localidades²⁵ en función de la tasa de fecundidad temprana, así como criterios de oportunidad y de necesidad definidos por los equipos técnicos provinciales.

Tabla 3. Localidades seleccionadas

²³ Organismos del sistema de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes y/o juzgados o fiscalías especializadas.

²⁴ 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.

²⁵ En el caso de Catamarca se incluyeron 4 jurisdicciones por decisión del ministerio de salud provincial

Provincia	Localidad 1	Localidad 2	Localidad 3	Localidad 4
Santiago del Estero	Ciudad de La Banda (Departamento Banda)	Termas de Río Hondo (Departamento Río Hondo)	Añatuya (Departamento Taboada)	
Jujuy	Perico (Departamento El Carmen)	San Salvador de Jujuy (Alto Comedero y Campo Verde)	Humahuaca (Dep. Humahuaca)	
Salta	San Ramón de la Nueva Orán (Departamento Orán)	Tartagal (Departamento José de San Martín)	Colonia Santa Rosa (Departamento Orán)	
Catamarca	Chumbicha (Departamento Capayán)	Recreo (Departamento La Paz)	Tinogasta	Gran San Fernando del Valle de Catamarca
Entre Ríos	Feliciano (Departamento Feliciano)	La Paz (Departamento La Paz)	Victoria (Departamento Victoria)	
CABA	Comuna 4 (CeSAC 35, Htal. Sardá, Penna y Argerich) Barracas, La Boca, Nueva Pompeya, Parque Patricios	Comuna 7 (Htal. Santojanni, CeSAC 37) Flores y Parque Chacabuco	Comuna 8 (CeSAC 7, 5) Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano	

Se autó realizar entre 4 y 6 entrevistas en cada una de las tres localidades seleccionadas de cada provincia, dependiendo de la disponibilidad de entrevistados, las posibilidades de acceso a los mismos y la extensión de la red local. Se realizó un total de 99 entrevistas con una concentración del 56% en el sector salud.

Tabla 4. Entrevistas por provincia y sector

Provincia	Salud	Educación	Justicia y organismos protectores de derechos de NNyA	Total

Stgo. del Estero	6	2	3	11
Salta	9	3	3	15
Jujuy	9	4	7	20
Catamarca	10	4	4	18
CABA	12	4	3	19
Entre Ríos	10	2	4	16
Total	56	19	24	99

5.1 Análisis

Una vez realizadas las entrevistas todas fueron transcritas para luego analizar la información según análisis temático.

El análisis de las entrevistas se realizó a partir de los procesamientos y reportes elaborados por cada uno de los 4 equipos locales guiados por medio de lineamientos, un sistema de códigos y matrices estandarizadas definidos por el PNSIA.

El material recolectado es extenso y da cuenta de una gran heterogeneidad de escenarios, contextos y abordajes, reflejo de la variedad geográfica (localidades urbanas y rurales), la diversidad de actores del sistema público que fueron indagados, y la variedad en el tipo de instituciones que formaron parte de la muestra (tres niveles del sistema de salud, juzgados, fiscalías, defensorías, etc.).

Desde lo metodológico cabe destacar que la predominancia de entrevistados/as del sector salud, sumado a hecho que el estudio fue coordinado desde un conjunto de equipos programáticos del área de salud, imprime un énfasis particular en el análisis. Asimismo, el sector salud constituye un actor central en la “hoja de ruta” de las instituciones que tienen contacto con niñas y adolescentes embarazadas y por lo tanto ostenta también el potencial para impactar en la resolución y atención de cada caso.

6. Resultados

6.1 El foco en niñas y adolescentes menores de 15

El estudio se centró específicamente en niñas y adolescentes menores de 15 años. Los/as informantes de todos los sectores consultados distinguen los tramos de adolescencia temprana y tardía, señalando el impacto diferencial que implica un embarazo antes de los 15 años, fundamentalmente en base al grado de madurez y desarrollo físico, así como la posibilidad de aplicar conductas preventivas. No obstante, los testimonios tienden a enfocarse mayoritariamente en la incapacidad de asumir y ejercer el rol materno a tan temprana edad, y las consecuencias que esto implica para los hijos.

De 10 a 15 años todavía son unas niñas y están en pleno desarrollo, se están desarrollando. Y ya en la edad de 15 a 19 ya tienen una capacidad más madura de ver las cosas, Y si, para mi tiene mucha diferencia porque ya afrontaron, ya pasaron lo que es la niñez, el crecimiento, el tiempo de desarrollarse. Si bien obviamente, siguen siendo chicas, tienen ya un poquito más de experiencia como para darse cuenta y ver qué, que traer un niño al mundo no es cualquier cosa.

Para mi es grave, o sea no es compatible, no creo que es bueno que una nena de 10 a 14 años se embarace, mientras que de 15 para 16 tampoco, pero ella es como un poco más despierta, ya vivió más años, estuvo junto a sus padres o sus hermanos viendo cómo se cuida a un hijo. Entonces quizá podés aceptar, pero tampoco estoy de acuerdo de que una nena de 15 a 18 años se quede embarazada.

Desde el punto de vista fisiológico en el desarrollo biológico de la persona, es de mucho mayor riesgo una embarazada de 10, 12, 13, 14 años, los riesgos biológicos fisiológicos son mayores.

Cuanto más chica mayor riesgo de mortalidad. Partamos de lo biológico, no es lo mismo ser madre a los 10 a los 11 años que a los 15 o 16 o 18, más chica más alto riesgo, para el bebé también, que nace antes de tiempo, seguramente son prematuros, las malformaciones y después el cuidado. No quiere decir porque sea adolescente no pueda cuidar a ese bebé, pero tiene que hacer un camino más difícil.

Hemos tenido casos que de estas niñas lastimosamente llegan a fallecer sus hijos, porque no saben cómo cuidarlos, no saben cuál es los niveles de alarma o cómo manejar a un bebé..

“(Las de 15 a 19) asumen cierta responsabilidad al traer un hijo al mundo. Las que tienen 13 o 14 años, todavía están en 2do o 3er año de

secundario no tienen ningún tipo de responsabilidad y yo sufro por ese bebé, por esa criatura realmente”..

6.2 Las causas del embarazo antes de los 15 años

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.

Los factores más mencionados son los aspectos familiares y socioculturales, seguidos por los institucionales, mientras que la vinculación causal con el abuso sexual no aparece con igual peso en la enumeración espontánea, pero luego en los relatos de casos y revisión de historias clínicas ocupa un lugar relevante. Esto es una constante en las entrevistas del sector salud, mientras que en los operadores del sistema de justicia la visión del abuso sexual como causa está más presente ya que esas son las únicas situaciones donde tienen competencia y les toca intervenir.

Figura 1. Nube de palabras de causas del embarazo en la adolescencia temprana (Santiago del Estero)



6.3 Familias

De manera generalizada las miradas de los/as entrevistados relacionan la ocurrencia del embarazo a edades muy tempranas con contextos familiares “disfuncionales”, “irregulares” o “adversos” que, según sus opiniones, se caracterizan por laxitud en el control de padres y madres sobre sus hijos/as, excesivas libertades, descuido, falta de diálogo y contención, y figuras maternas y paternas ausentes o que no dedican tiempo a educar ni son capaces de transmitir responsabilidad.

“Las dejan, tienen mucha libertad, van mucho a boliches”.

“Los padres están muy ocupados, salen a trabajar y los chicos quedan solos, no hay nadie que los dirija, no los cuidan, no los protegen, no los siguen”.

“Los padres que no las controlan, dejan que las hijas salgan a la calle, que se junten con las amigas, cuando en realidad una niña de 10 a 15 años no tiene por qué andar en la calle, tiene que estar bajo el cuidado de los padres”.

Predominan visiones sobre hogares conflictivos, vínculos familiares problemáticos y marcadas carencias afectivas donde el embarazo se presenta como una vía de escape consciente o inconsciente. Es frecuente la mención del embarazo temprano como un círculo reiterativo, en el que las hijas de madres adolescentes repiten la historia y son también ellas mismas madres en la adolescencia. La vulnerabilidad social es el denominador común.

“Hay desde las más ingenuas hasta las más malevas cuyo fin es engancharse un chico, enganchar una familia, es un fin que no es el de realmente tener un hijo. A veces otras niñas desde lo ingenuo, muchas chicas que abandonan la escuela en la adolescencia ¿qué hacen? ellas ven novelas, y en las novelas está todo lo idílico, el hijito...A veces también es por la necesidad de ser querida, o por estar necesitadas se embarazan, no importa a qué costo ni con quién, entonces hay alguien que las necesita, entonces ellas se sienten valoradas por el otro, porque convengamos que no son adolescentes que han tenido una contención familiar”.

“Hay mucho problema social, hijas de madre que también han sido madre en la adolescencia, falta de control, muy relacionado con, alguna de ellas, con tema droga en la familia, otras con la delincuencia...Toda una generación que está metida en problemas sociales, delincuencia, drogadicción, cosas pesadas, o sea que las chiquitas son la emergente de esa situación familiar. Por algún lado escapan, se enamoran seguramente y se embarazan, es la forma de tener algo, algo, aunque sea de ellas, porque evidentemente no deben sentir que nada de lo que tienen es de ella. Muy castigadas, por ahí la comida no está todos los días, pero le faltaran muchas cosas, buscan afecto, encuentran el noviecito y bueno, se embaraza”..

“Vienen por ahí de familias desmembradas, padres separados, hogares violentos, que por ahí buscan embarazarse para salir del hogar con su novio...Está todo permitido, antes no, será por la forma que la han educado a uno, ahora está todo permitido. Cambian de pareja todos los días, tienes relaciones con más de uno a la vez...”.

“Hay una niñita de 13 años que le he estado haciendo control. Su mamá ha abandonado el hogar, ella ha quedado a cargo de sus hermanitos. Los hermanitos salen a la calle, van y vuelven. Ella tiene una relación con un vecino que es un chico de 17 años. Y bueno, la tía me cuenta un poco la historia de ella, la tía se hace cargo de ella, el chico es adicto, roba, va preso, sale. Inclusive en el mismo entorno hace todo eso. Como dice la doctora todo es muy social, muy cultural. También está directamente relacionado con el entorno familiar.

“Ser mamá les da un lugar importante en la sociedad ¿no? Y creo que lo toman como una meta. No pensada desde la conciencia, sino desde el inconsciente “estoy embarazada y voy a tener un lugar en él” “voy a ser reconocida” “voy a llamar la atención” “voy a ser asistida” “voy a ser cuidada” “voy a ser protegida” creo que desde ese punto. El otro punto importante es el escapar de la casa”.

“Proceden de contextos muy vulnerables, tenemos un alto porcentaje de alumnas que provienen de hogares donde han sido violadas por hermanos, por padres, por padrinos, por abuelos y donde falta la figura o del padre o de la mamá..., no hay una educación completa en éste sentido”.

Tenemos fincas alejadas en donde viven en la finca, esos lugares alejados, y vienen otros adolescentes, o personas, o jóvenes, y a veces lo ven como una salida de salir de este núcleo familiar donde hay abandono, maltrato, inician una pareja y se quedan embarazadas, y bueno, para tener ellos la familia ideal que no la tienen en casa.

Algunas perspectivas de la problemática dejan ver marcados prejuicios clasistas respecto de las adolescentes y la sexualidad femenina, que lindan con lo deshumanizante.

Solamente tienen relaciones, no se informan de nada, los padres tampoco les dicen nada, generalmente son hijas de madres solteras y cuando vienen acá reclaman solamente plata.... Ni las madres tienen idea de cuándo quedaron embarazadas de esas hijas, no tienen idea de nada.

6.4 Inmadurez, desconocimiento, falta de educación

La corta edad de las niñas y adolescentes se asocia a inmadurez psicosocial, desconocimiento del cuerpo y de los procesos reproductivos, así como de las consecuencias de las relaciones sexuales.

“Son niñas que tienen que estar jugando con muñecas y de repente aparecen embarazadas y ni idea tienen de lo que está pasando, algunas ni han menstruado”.

“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”.

“Algunas embarazadas ni saben el ciclo biológico de las mujeres, el ciclo menstrual, el ciclo ovulatorio, incluso después que lo tengan al niño”.

El discurso de la inmadurez coexiste con el de la precocidad fomentada por un entorno hipersexualizado de estímulos altamente erotizados que presionan y conducen a una iniciación sexual temprana. Esto contrasta con la de falta de comunicación sobre sexualidad en las familias y la escuela que perciben los/as entrevistados/as.

Está totalmente erotizada la tele, la música, la radio, la ropa entonces todo le dice al chico que tiene que ver con el sexo que es su única fuente de placer y después nosotros le decimos que no tenga sexo cuando todo le dice que tiene que tener sexo”.

Se debe también a la cultura de la sociedad a la promiscuidad, al acceso a internet de forma libre y sin control parental y a la sobre estimulación que recibe el grupo de adolescentes más su despertar hormonal generan un caldo de cultivo”.

“Ahora las chicas de 15 parecen de 20.... de 11 para arriba las chicas ya tienen otra mentalidad”.

“Los chicos vuelan ahora, son tremendos, las chicas quieren volar también a la par de ellos”.

“Son gurisas que hoy por hoy ya no tienen el cuerpito de nena a los 14 años, como que ya hormonalmente tienen un desarrollo más avanzado a lo cronológico. Hay gurisas de 14 años que tienen un cuerpo mucho más formado a lo que tienen otras o a lo que yo hubiera tenido yo a mis 14 años. Entonces, el ambiente en el que se manejan, la secundaria, la mayoría no se junta con personas de la misma edad, las amigas son de 17, 18, que ya tienen una vida sexual activa. Entonces la que tiene 14 quiere ser como ella porque ella tiene muchos novios, pero de repente termina embarazada la de 14 años por inconsciencia, por irresponsabilidad”.

Asimismo, aparecen menciones sobre ciertas características, entendidas como propias de los/as adolescentes, vinculadas a la impulsividad, la búsqueda de placer, la omnipotencia, la falta de percepción de riesgos y el consumo de sustancias y alcohol.

“Se creen invencibles... la impulsividad y el hecho de estar en el goce del momento, en las relaciones consentidas... en el goce del momento....los chicos no tienen plena conciencia de lo que están haciendo”.

“No sé si es falta de información sino también una cuestión propia de la edad del adolescente que quiere vivir así como más rápido, un poco más sin obligaciones o descontracturado podría decirse también”.

“Para mí ya es como un estilo de todos los adolescentes...nunca fueron planificados, siempre fueron así como muy eventual la situación y se quedan embarazadas”.

Una de las causas más mencionadas es la falta de educación en general, y especialmente la ausencia de educación sexual integral (ESI) en las escuelas, algo que se identifica como una necesidad pero que no se implementa lo suficiente ni en los términos que dispone la ley 26.150.

“Acá en (...) no existe la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, en las escuelas por ejemplo, la ley de salud sexual que se le enseñe, porque si un chico en su casa sus padres no tienen los contenidos, no tienen la formación, no tienen los elementos para transmitirle educación sexual a un chico, tiene derecho a que la escuela se lo enseñe y si la escuela está pegada a la formación religiosa a la mirada de la iglesia, no le enseñan entonces tampoco tiene y no tiene ningún espacio que le diga”

“Hay diferentes situaciones por las que las niñas están empezando a menstruar desde muy temprana edad, lo que es altamente preocupante si las nenas tienen relaciones mucho más tempranas y si esas relaciones no son acompañadas con la educación sexual en la escuela. Es muy preocupante porque casi en ninguna escuela de la zona se está brindando educación sexual, y menos pensar en que esa educación sexual sea transmitida a través de gente de pueblos originarios, en los idiomas locales, que es fundamental”.

“Cuando te hablo de educación no te hablo de nivel educativo, sino de una cuestión de educación para la salud a nivel de prevención de embarazo, y prevención de enfermedades de transmisión sexual, me parece que no todas las chicas tienen acceso a eso”.

“Si bien se ha implementado la Ley de Educación Sexual Integral, pero por lo menos aquí no se ve que se esté trabajando como debería. Entonces la implementación de esa ley ha sido muy buena pero todavía no está siendo aprovechada, no se la trabaja en la escuela”.

“Las causas creo que son bastante complejas, la primera creo que es falta de información, mucha falta de educación sexual, básicamente creo que la falta de educación sexual es lo que lleva a muchas menores a quedar embarazadas, hablo de relaciones sexuales consentidas... por no tener un conocimiento, ni tampoco saben la forma de mantener un

sistema de profilaxis para evitar un embarazo, en chicos tan chicos. Es una falta total de educación, sobre todo de educación sexual que no se da en ninguno de en ámbitos escolares que yo conozca. También falta de conocimientos y de divulgación, porque los hospitales, los efectores de salud tienen por ley, dan lo que es sistema de protección, pero me parece que no lo sabe mucha gente, me parece que es falta de información”.

“Mis hijos están en 7mo grado, están en una escuela parroquial donde el año pasado se ha dado la charla de educación. Este año una mamá que es docente dijo que no quería absolutamente saber nada de charla. Justo a los chicos en biología, ciencias naturales les dan un escrito donde hablaba de la eyaculación y a ella esa palabra le pareció espantosa, horrible, que no era para su niña. Y uno cuando ve el comportamiento de “esas niñas”, porque lo ve, porque lo ve en el consultorio porque te lo cuentan tus hijos, lo que sea, ya estás viendo que sí hay una sexualidad, que ya se está desarrollando, se está despertando, son preadolescentes que necesitan esta información para no llegar a los 14 años con un embarazo no deseado”.

“La ley de educación sexual integral, que creo que no está funcionando. No está funcionando, porque es muy poca la información que los chicos sacan de ahí, yo no sé si hay un prejuicio de los docentes, no sé si hay una buena implementación a través de los distintos contenidos curriculares”.

Los/as referentes del sistema educativo tienden más a identificar la falta de información sobre sexualidad y prevención de embarazo como causa de los embarazos que los del sistema de salud, a pesar de que muchos refieren que en la escuela se imparten contenidos de prevención. Cabe destacar que las menciones sobre ESI en la mayoría de los casos aluden a “charlas” y no necesariamente a su implementación como contenido transversal de la enseñanza en todos los niveles tal como lo establece la ley nacional 26.150 y sus lineamientos curriculares. Se observa un abordaje netamente biologicista que desatiende la integralidad del concepto ESI.

“Se le da en las escuelas planificación familiar a los chicos, en todas las escuelas se les ha dado, mañana, tarde, turno tarde, turno mañana, inclusive se hicieron talleres radiales, pero, es como que cuesta, cuesta, cuesta que llegue a las chicas, a las adolescentes”.

“Hay desconocimiento a pesar de los talleres, información que se les da a los adolescentes acá en la escuela. El desconocimiento sobre todo de la cuestión de las relaciones sexuales responsables...a pesar de la información que se les da, es como que no hay interés, no le ponen

atención, o llegado el momento, como decimos nosotros, se olvidan de todo lo que es prevención”.

6.5 Acceso a los métodos anticonceptivos

Si bien la falta 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 – predominantemente los del sistema de salud- creen que las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, pero a pesar de ello, no los utilizan.

Se hace 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 el rol de los servicios de salud como espacios receptivos o expulsivos para adolescentes en general y especialmente para las que tienen menos de 15 años. Los/as entrevistados/as no profundizan sobre sus propias posturas individuales e institucionales ni identifican motivos por los cuales las adolescentes no se acercan a solicitar anticoncepción más allá de la falta de voluntad, descuido o irresponsabilidad.

“El hospital tiene un programa y cuenta con todos los elementos para prevenir y sin embargo no lo hacen, únicamente después que han tenido un niño concurren al consultorio de reproducción y salud sexual”.

“Le das los anticonceptivos en la mano, le das el preservativo, le enseñás, pero hay un grado de irresponsabilidad terrible... más allá de la falta de educación y de no tener un parámetro, o en quién copiar algo mejor, porque no conocen, van por el camino, es como que se repite, la historia se repite, en varias generaciones, también crisis de valores”.

“Para mí la falta de educación, y de acercarse más que nada lo que es la información porque hoy en día no es que está faltando, entonces me parece que la falta de educación de la adolescente misma pero porque no quieren, yo lo tomo así. Me parece que es un poco falta de predisposición de acercarse, de averiguar, hoy en día con la tecnología que hay y todo están con el teléfono y todo por Internet. Entonces digo no pueden no saber sobre métodos anticonceptivos, después vienen aquí y te dicen “ay, pero yo no sabía”, me parece raro que no sepan o no quieren saber”.

“Ya no pasa por un desconocimiento de con qué cuidarse, ya es como un estilo que crearon los adolescentes. Sí o sí él tiene que debutar con su relación sexual y demás, y lo precoz que es en el ambiente en donde se da, que no les da la pauta de usar un preservativo o de la niña de tener

que cuidarse. Para mí ya es como un estilo de todos los adolescentes...nunca fueron planificados, siempre fueron así como muy eventual la situación y se quedan embarazadas”.

“No sé si llamarlo inconsciencia, o no medir las consecuencias de lo que puede pasar, porque creo que información hoy está mucho más accesible de lo que era antes, hoy los chicos, las chicas tienen más acceso a la información, creo que es falta de cuidado, no darle importancia, puede ser el alcohol, en cierto punto, también, en parte, si bien hay drogadicción acá, no es tan fuerte, me parece más que nada, es el alcohol, él no cuidarse no importa...”.

“Vos las venís cuidando, tenemos un servicio de salud sexual y reproductiva, un consultorio en donde nosotras por poco no le damos en la boca a la paciente el anticonceptivo”.

Otros sostienen que el problema no es el acceso sino la falta de información y de divulgación de los servicios que ofrecen anticoncepción.

“Hay un inicio de relaciones sexuales muy precoz con mucha desinformación, o con una información equivocada que llevan a que lamentablemente estas chicas queden embarazadas porque no están usando un método anticonceptivo seguro. No porque no haya acceso, sino porque no hay información sobre el acceso, sobre la gratuidad del servicio, sobre que hay consultorio en el hospital o en las mismas salas o centro de salud que hay en esta ciudad”.

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.

“Hay chicas que vienen porque quieren cuidarse, y yo les pido que vengan con un mayor. Le digo para que tenga conocimiento la madre, tía, abuela, lo que sea, pero un mayor. Ella se quiere cuidar, más que nada, pero por mí también, voy a dar un anticonceptivo por ahí la madre no está de acuerdo, no quiere por equis motivo y después a la primera que apunta es a mí”.

“Para el tema de las adolescentes se nos hace problemático, siempre pedimos la intervención de un ginecólogo dado que es medicar hormonalmente a la niña. Con el DIU en el caso que no se dé embarazo, en ese caso pedimos una opinión del ginecólogo para que nos oriente en lo correcto”.

La autocrítica no abunda, pocas voces expresan una reflexión más profunda y reconocen los obstáculos del propio sistema de salud.

“Sabemos que el adolescente encontró una puerta cerrada o alguien que no es muy amigable, y se va y no vuelve nunca más, entonces, me parece que hay una dificultad para acceder”.

6.6 Cuestiones culturales (particularmente en comunidades alejadas o población originaria)

Es común la referencia a aspectos culturales, particularmente de las comunidades de población originaria²⁶ donde los/as entrevistados 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.

Predomina una mirada distante y etnocéntrica de las diferencias culturales, en paralelo a la impotencia e imposibilidad de inferir sobre éstas y la incapacidad de pensarse desde o junto con el “otro”. La atribución causal a cuestiones culturales propias de un determinado grupo se perciben por fuera del alcance o de la potestad del estado y las políticas públicas.

Tenemos muchas en la comunidad aborígen donde es algo cultural y las chicas comienzan a tener pareja a los 12, 13 años ya tienen marido. Culturalmente eso es así, siempre nos quedamos con que es algo cultural y no hacemos nada.

Porque para la cultura de los Wichi es que al tener la menarca ya están aptas para ser madre, es algo que marca la cultura. Comúnmente se ve más el embarazo adolescente en los originarios. No en los criollos, no es muy común en los criollos. Acá hay una cuestión especial con respecto a las niñas de pueblos originarios, y también con niñas de poblaciones criollas, pero más con niñas de pueblos originarios. Hay familias que entienden que cuando la niña ya menstruó está habilitada para que tenga una relación... Los embarazos, mayormente existe en la edad de 13, 14 años. En las familias criollas son muy pocos los casos, más existe en lo que son los originarios... Desde temprana edad ellos ya quieren tener novios, conocerse con otras personas y ahí es donde mantienen relaciones y no saben digamos los motivos por el cual llegan después los embarazos, o sea las precauciones, no tienen el cuidado.

En la zona rural hay muchas situaciones incestuosas dentro de las familias que son consentidas y que son socialmente aceptadas en la

26 Por ejemplo, Santa Victoria Este en Salta.

iniciación de la niña por parte de sus familias de mayor edad, pero consentidas socialmente porque a su mamá le pasó, a su abuela le pasó, a su tía le pasó. Es muy difícil entrar en eso, quebrar esa situación digamos que se entienda que es un acto delictivo, son familias muy cerradas.

6.7 Los mandatos de género

Más allá de las cuestiones de diversidad cultural, aparecen, aunque en menor medida, reflexiones sobre la dimensión de género como cuestión cultural, con referencias sobre el patriarcado, la dominación masculina, el amor romántico y el rol de la maternidad.

No estoy tan de acuerdo con esta cuestión de falta de proyectos de vida, me parece que el embarazo es un proyecto de vida en sí mismo, y cuando una chica queda embarazada teniendo accesibilidad a la salud, o sea, métodos, a información, y demás, y de todos modos queda embarazada, quizás tiene que ver, digamos, con una transmisión cultural del rol de la mujer. Acá sucede mucho que las mujeres tienen hijos para los hombres, a las chicas les cuesta mucho decir que no, los adolescentes sufren mucho las pérdidas, las primeras pérdidas de amor, entonces, es una de las características el poder decir no, no mira, sin cuidarnos no, y buenos, y vienen los chicos. No sé si está tan mal visto acá qué haya embarazos adolescentes.

Las matrices culturales del machismo, y el tener un hijo para él, como dicen aquí nuestras chicas, y como también dicen nuestros hombres, “yo quiero que ella tenga un hijo para mí”. Hay como una cuestión de machismo, una cuestión de patriarcado que todavía sigue inscripta, y que nos atraviesa, y qué sigue atravesando a los adolescentes, sigue apareciendo como una impronta cultural muy marcada.

6.8 ¿Quiénes son los varones “co-gestantes”?

La figura del varón “co-gestante” es uno de los temas nodales a la hora de analizar las causas del embarazo en la adolescencia temprana por la relación directa con situaciones de violencia y abuso sexual, relaciones no consentidas y significativas diferencias de edad y de poder.

Por la especificidad de su rol, los funcionarios/as del sistema judicial son quienes más señalan situaciones de abuso, por lo general dentro del entorno familiar o cercano de la adolescente, pero también producto de situaciones de explotación sexual, especialmente en zonas de frontera.

Un gran porcentaje son violaciones, son producto de violaciones, ya que son netamente referidos al núcleo íntimo que rodea a la niña.

Un altísimo porcentaje de estos abusos ha ocurrido en el seno familiar, siendo el abusador el padre, padrastro, hermano entre otros familiares y conocidos.

Si me pregunta desde mi función la causa por la que yo veo acá en la fiscalía lo embarazos son producto o como consecuencia de un abuso sexual.

Son lugares de frontera, de triple frontera. Entonces en estos lugares donde la frontera es tremendamente débil, las niñas tienen una llegada mucho más fácil hacia otros países como Bolivia, como Paraguay y son objeto de abuso sexual, a través de engaños también, como por ejemplo el alcohol o las drogas. (...). Con total acuerdo de la gendarmería que está custodiando el puente. A mí me ha tocado no una, sino infinidad de veces presentarme en el control de gendarmería y solicitar explicación de por qué están niñas de 10, 11, 12 años en el Paraguay con los gendarmes, con los militares paraguayos, con comerciantes de Paraguay y los gendarmes dicen abiertamente que el problema es nuestro, de los padres porque no cuidamos a los hijos, pero sin embargo ellos están con una función estatal para efectuar un control para que no se pase al otro lado.

No obstante, 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. Desde la perspectiva de los actores entrevistados, la mayoría de los embarazos en el tramo de edad estudiado estarían vinculados a situaciones de relaciones entre “pares”, “parejas”, o “noviecitos”, ambos adolescentes, con una distancia de edad que se ubica por lo general entre los 4 y 6 años. En otras palabras, los entrevistados refieren como habitual la ocurrencia de embarazos en el marco de relaciones sentimentales, duraderas o efímeras, entre chicas de 13 o 14 años con varones de entre 15 y 20 años.

“Las parejas son más grandes, pero no tanto más grandes, 17 o 18”

“El novio generalmente es otra criatura”

“Siempre tenemos de 12 o 13 años, cumpliendo los 13 años embarazadas, generalmente porque no conocen la información que se les brinda a veces en la escuela. Ya en séptimo grado ya se supone que tienen que dar una información, pero siempre pidiendo permiso, autorización a los padres para dar una charla, en la escuela más que nada. Hay chiquitas de 12, 13 años, la mayoría cumple 13 años en julio,

agosto, setiembre, y bueno ya están a veces gustando de alguien, y bueno, ahí es donde se quedan muchas veces embarazadas”.

“Algunas le dice su “marido”. Llama mucho la atención cuando vos las ves a los 13 años que ya conviven, a los 14 ya se embarazaron. Cuando vos la ves niña y cuando ya se embarazó, vos la ves con una cartera. Yo siempre le digo: “la señora” como una manera de romper el hielo “¿y estás viviendo con tu pareja?” “si, vivo con mi marido”. Por eso muchas veces, yo tengo una adolescente de 14 años, la señora, en ella yo veo que es como subir un status social, tener un estatus social, ser la mujer de alguien, ser la mamá ¿no? Creo que pasa por una necesidad de reconocimiento”

“Ya va por el segundo, tiene 15 ahora, va por el segundo embarazo, y ya es toda una señora con su marido”

Esta percepción se refiere mayormente a las adolescentes de 13-14 años, tramo donde se concentran los casos de embarazo en adolescentes menores de 15, mientras que las situaciones de menores de 13 se vinculan casi exclusivamente a abuso sexual intrafamiliar perpetrado por varones adultos.

Una nena de 15 o 16 años generalmente no es que siempre han sido víctimas de un abuso sexual, son personas que mantienen una relación sentimental, un vínculo afectivo con una persona a la que ellos eligen, independientemente de que ello pueda configurar o no delito, Pero las nenas de 10 no crean un vínculo afectivo, sentimental, por eso en cambio las otras nenas más adolescentes ya son novias de los chicos y esas cuestiones.

Hoy en día las chicas ya tienen su primera experiencia a partir de los 12, 13 años. Pero de los 10 años, muchas veces no se ve casos, es raro, pero si cuando se ve un embarazo de una menor de 10 años es, se ve que es por un tema de abuso. Estamos hablando de un delito gravísimo, si estamos hablando de una nena de 15 años estamos hablando de otra cosa, hay una diferencia abismal entre una cosa y otra.

(Las de 15) vienen con el novio, las de 14 o menos no te vienen con el novio.

No era abuso, había habido una relación casual. Un chico más grande, que se miraban cuando la chica viajaba al pueblo desde la escuela albergue donde vivía, y que se lo encontró en una esquina y tuvieron una relación sexual, no fue forzado. Pero el chico de 20, la chica de 14 o 13.

Con quien vivís le pregunto y me responde “con mi novio”. Y porque no vivís con tu mamá?, y me dice porque sí...14 años!!! Y yo le pregunto; “Qué dice mamá?” y me responde “No, a mamá le viene bien, porque

ahora como se separó mi hermana, vino a vivir y no había lugar para todas”

Aunque también hay excepciones

Me ha tocado caso que ha venido 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.

En este sentido, cabe destacar que tanto en el discurso de los profesionales de la salud como en los registros de las historias clínicas aparecen menciones a “parejas estables” y cohabitación de adolescentes menores de 15 como se ilustra en el siguiente extracto de historia clínica de una adolescente de 13 años.

Relación estable con el padre del bebé, acompañamiento familiar. El día 8 se realiza seguimiento, paciente se encuentra acompañada por su bebé y su pareja de 20 años de edad, se observa lactancia positiva y la paciente egresa de la institución el día 9 de enero con método anticonceptivo hormonal.

Incluso algunos relatos dan cuenta de relaciones que tienen un impacto positivo en la vida de las adolescentes marcadas por múltiples carencias.

“Me contó que vive con su abuela solamente, su abuela es viejita; que ahora empezó a vivir, que lo ve como más seguido a su novio. Su novio era mayor que ella, no recuerdo bien la edad, creo que me dijo 23 años. Es de ahí de la zona, son vecinos por decirlo así; llega a la casa, está más, se queda más con ella ahora viviendo con la abuela solita nada más. Su padre, no sabía quién era su padre, no lo conoce, y la mamá ya hace rato que no vive con ellas”

7. Los recorridos institucionales

7.1 La detección del embarazo

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.

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.

Para la población de zonas rurales alejadas, la inaccesibilidad geográfica suma obstáculos.

Vino ya embarazada, según la fecha de su última menstruación, que no estaba muy segura, ya estaba de 18 semanas. O sea que es un primer control prenatal ya tardío. Ella vive en (...), un departamento de acá de (...), en un puesto, o sea que es muy lejos, muy difícil acceso a la salud, así que esa fue una de las causas de no venir a control antes).

En las comunidades pequeñas, y en especial en las de pueblos originarios, la figura del agente sanitario que realiza visitas domiciliarias es clave para identificar adolescentes embarazadas y facilitar el contacto con el sistema de salud.

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, ILE, 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.

Tres casos de las historias clínicas relevadas en (...) ingresaron directo a la unidad de cuidados intensivos con cuadros de preeclampsia y eclampsia severa con edades gestacionales de 33, 35 y 38 semanas sin ningún control prenatal previo, y en un caso de abuso ignorando el estado de gravidez.

El motivo de consulta era el dolor abdominal agudo y una distensión abdominal, para ella se le había hinchado el abdomen, y a raíz de eso vino con una sintomatología propia de la complicación del embarazo, tenía dolor de cabeza y vómitos, que se asoció a una presión alta de la paciente. Cuando ingresa acá se hace el diagnóstico de embarazo, se hace un examen, se pregunta fecha de última menstruación, no recordaba, ya tenía su atraso menstrual. Al haber atraso menstrual inmediatamente se sospechó de embarazo, por el examen físico se constató un abdomen, que si bien era distendido, no era distendido por una inflamación, sino era distendido porque el útero había aumentado de

tamaño. La base del diagnóstico nuestro era una pre-eclampsia grave, porque estaba con presión alta 170/110, paciente totalmente edematizada, ya con complicaciones de la presión, y se asumió una edad gestacional 35 semanas por ecografía, y bueno, fue enterarse la niña en ese momento, y enterarse los familiares, porque ninguno de los dos sabían. Lamentablemente, primaba la urgencia de la paciente porque pasó a terapia, se pidió un laboratorio, el laboratorio ya venía con complicaciones de la presión arterial, o sea que fue inmediatamente pasar unidad de cuidados intensivos, se separó de la familia, se desvinculó de la madre, porque en la terapia no pueden estar con nadie, y a las horas nada más se recibió el resultado del laboratorio, ya era otra complicación asociada a la presión, que ella era un síndrome de HELLP, con bajas plaquetas, se decidió la conducta quirúrgica, o sea que ya fue inmediatamente a cesárea. Cuando salió de la cesárea recién ahí se habló con la familia, la familia al no saber que estaba embarazada se interrogaba a la paciente si ella conocía o no, si había tenido relaciones sexuales, era como muy cerrada la situación, no emitía nada, ninguna respuesta ante las preguntas, entonces, ante ese tipo de escenario una ya sospecha un supuesto abuso porque la paciente no decía nada. El día sábado, la paciente ya estaba más lúcida, ya había salido, de ese cuadro de shock, estrés post quirúrgico el trauma que tuvo, ella sola hace la referencia de un abuso por parte de un familiar. Se hizo lo que generalmente hacemos, la denuncia, la parte judicial y demás, y el interrogatorio a los familiares y ahí se detectó que sí, que había sido abuso, no una primera vez de un familiar directo de ellos, de la nena y la mamá, un desconocimiento por parte de la mamá, que no sabía nada. Fue todo medio traumático para la paciente, decidió quedarse con el bebé, salió de su cuadro complicado porque estuvo casi cinco o seis días tratando de estabilizar las presiones, se fue con un tratamiento antihipertensivo, se fue con un método anticonceptivo, y con la revaloración y el seguimiento por parte de asistente social y psicología a nivel judicial, para ver qué van a hacer con la denuncia, se hizo denuncia por parte de la familia a esta persona. Estaba la paciente en un estado de shock de trauma, la presión alta, la cefalea, el edema, yo creo que no entendió en ese momento, al día siguiente se dio cuenta de que es lo que le pasó, y le hablamos de la cirugía y demás, recién se dio cuenta que había sido mamá, pero en un comienzo cuando se ingresa a la paciente no (Relato de análisis de HC).

Esa niña de 14 años de edad ingresa sin ningún control prenatal, ella dice que es soltera, que vive con su mamá que tiene 58 años de edad y cuida animales, tiene su papá fallecido, y tiene dos hermanos mayores, viven en (...) y nunca los ve. La mamá, por una cuestión de distancia, y una cuestión, tal vez, de comodidad, la tiene alojada en un albergue para que

estudie, y la niña conoce ahí a un muchacho de 18 años cerca de donde vive, y queda embarazada de él. Nunca le dice la niña a la madre que estaba embarazada, la mamá se entera una semana antes de tener al bebé, porque ella presenta vómitos, se sentía mal, y la mamá le pregunta a ella qué le pasaba, la niña nunca le dice qué es lo que le pasaba porque ella tampoco sabía del embarazo, tampoco sabía que iba a tener un bebé. La niña se descompone a la noche en pleno campo, porque todos los fines de semana iba a verla a la madre, se descompone y empieza a convulsionar. La mamá espera que aclare y por un teléfono llama a un amigo, ese amigo llama a la ambulancia, la ambulancia va a ir a buscar recién a las 7 de la mañana después de que ya había convulsionado tres veces. Ahí ella se da cuenta, en esas convulsiones y demás, se le nota grande la panza, y ahí ya dice la mamá que se puso a llorar porque lo primero que imaginó es que estaba embarazada”.

7.2 El abordaje desde el sistema de salud

Dada la variedad jurisdiccional y del tipo y nivel de instituciones de salud relevadas en el estudio, nos encontramos con una amplia heterogeneidad de modalidades de atención. Es posible trazar generalidades comunes y destacar algunos elementos salientes de escenarios particulares.

En primer lugar, una generalidad es que no existen pautas estandarizadas para la atención de niñas/adolescentes embarazadas en formato de guía o protocolo. No obstante, un elemento común que aparece transversalmente es la clasificación del embarazo antes de los 15 años como un embarazo de riesgo por la corta edad. Esto implica que algunas jurisdicciones tengan como norma centralizar el control prenatal y/o el parto/cesárea en un centro de tercer nivel.

Tal es el caso de La Banda en Santiago del Estero donde, luego de un largo proceso de diálogos y acuerdos con las UPAS provinciales (Unidades Primarias de Atención de la Salud), los CAPS municipales (Centro de Atención Primaria de la Salud) y los CIC nacionales (Centro Integral Comunitario) se acordó que, ante casos de embarazo en niñas menores de 15 años, se debe efectuar la derivación al Servicio de Adolescencia del “Centro Integral de Salud La Banda” de forma inmediata (para el resto de las edades la derivación se realiza en la semana 36).

El abordaje de alto riesgo implica un seguimiento clínico cercano y la realización de estudios diagnósticos. En Salta, por ejemplo, se implementa el abordaje “MELON” (Médico, Enfermería, Odontología, Laboratorio y Nutrición) para todos los embarazos de riesgo. No existe un modelo de atención específico para

menores de 15. La interconsulta con psicología no está reglada, sino que se indica ante una necesidad detectada.

Acá se intenta que se cubra el MELON, lo que es médico, enfermería, laboratorio, odontología y nutrición. Se intenta cubrir el MELON. Lo que se lleva es mayor cantidad de controles prenatales, que es difícil, ellas son como reacias, escapan hacia la salud, a los profesionales. Pero hay que crear ese vínculo afectivo entre la paciente y el médico, o algún profesional. Y si, hace muchísima falta el apoyo psicológico o de una trabajadora social.

Con respecto al tipo de parto (parto o cesárea), los informantes no dan cuenta de una recomendación particular para embarazadas menores de 15. Tanto en las entrevistas como en las historias clínicas se informan partos y cesáreas en proporciones similares.

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. En el caso de una localidad, el informe de las responsables locales de la investigación reporta que el hospital zonal “no posee un equipo exclusivo para la asistencia de adolescentes y que el personal de consultorio externo atiende todas las edades y realiza múltiples funciones. Todas las embarazadas ya sean adultas, adolescentes o niñas ingresan por el mismo camino y no se ofrece una atención diferencial ni integral a las adolescentes. El abordaje es meramente asistencial sin profundizar causas ni consecuencias. Asimismo, tampoco hay una priorización en el sistema de admisión y la asignación de turnos; las adolescentes embarazadas deben concurrir más de una vez para lograr obtener un turno, demorando así su atención.”

Algunos informantes refieren intencionalmente no aplicar un abordaje diferenciado entendiendo que no hacer distinciones por edad y tratar a las adolescentes como cualquier embarazada contribuye a que maduren y asuman su rol de madres. Esta actitud se expresa con crudeza en la voz de una enfermera de una maternidad de una localidad que no permite la permanencia de un familiar acompañante de la adolescente puérpera como estrategia para que no se le faciliten las cosas y tengan que asumir su rol.

Lo que hago es que (la madre) quede dos pasos atrás, dos pasos atrás de manera que la niña se haga responsable. Si uno no le da la responsabilidad jamás se van a hacer responsables, que se hagan responsables, que empiece a partir de este momento a hacerse responsable. Acá cuando tienen el parto a la noche hacemos que se vaya el pariente, le decimos que se vaya para que queden tranquilas las

parturientas, total la enfermera está, mira constantemente por la ventana del office, así que tratamos que queden solas. Eso es lo primero para hacerlas responsables de sus hijos, acá las enfermeras permanentemente las mira para que les den la teta, A veces los dejamos a los padres en la sala después que tiene para que las ayuden, pero qué pasa? a veces los padres le hacen todo a la adolescente, le cambian el pañal, le lo alzan para que le de la teta, lo...., la chica se queda quietita ahí, entonces por ahí es mejor dejarla sola para que ella aprenda a manejar su bebé y no que esté la madre.

La presencia de equipos interdisciplinarios es diferencial según localidad y tipo de institución. En general, el personal de psicología y trabajo social son recursos sobre-demandados e insuficientes compartidos con todos los servicios del centro asistencial o directamente no existen. Un hospital zonal de un determinada localidad por ejemplo, no cuenta con psicólogo/a y tiene solo una trabajadora social para todo el hospital cuyas funciones se enfocan en resolver cuestiones materiales, fundamentalmente gestionar la obtención de medicación.

En el mismo sentido, como ilustra el siguiente testimonio, en un hospital de segundo nivel, el recurso humano es insuficiente y la posibilidad de abordaje interdisciplinario prácticamente nula.

No hay mucho equipo armado porque no hay cargos, por ahí tampoco hay tiempo, los psicólogos que es lo que por ahí necesitaríamos que tengan un poco más de intervención, no hay forma de conseguir turnos, tenemos un montón de trabas en el departamento de psicología, hay un montón de cosas que no se pueden hacer. Por ejemplo, acá el ginecólogo está de pasiva, ni siquiera está de activa, acá el problema más grande es ese, la falta de recursos, de dinero para que haya un quipo más grande, "X" era la única trabajadora social, ahora está "Y", y ha sido un logro que tengamos trabajadores sociales porque 20 años sin trabajadores sociales estuvo el hospital. Por ahí por eso las intervenciones que te faltan, tiene que ver con eso, el pediatra también está de guardia pasiva. Nosotros sabemos así medio de boca por el familiar o cuando ingresa, pero acá no... tampoco hay trabajo en red.

7.3 La consulta inicial

Las adolescentes suelen concurrir a la consulta acompañadas por su madre. Reiteradamente los/as entrevistados/as señalan que las niñas y adolescentes "no hablan" y que sus madres o familiares lo hacen por ellas. Por lo general el personal de salud procura tener un espacio a solas con la adolescente, sin presencia de terceros, para permitir mayor libertad de expresión, aunque no

siempre es posible. Pueden transcurrir varias consultas hasta que las adolescentes sienten confianza y cuentan sus historias o se abren más.

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.

La acompañaba su tía, más la que hablaba era ella en realidad, ella era tímida.

Durante la consulta se establece un momento a solas con la adolescente embarazada para generar un espacio de confianza y privacidad.

“Los padres expresaron que el abusado era un tío de la niña que eventualmente la cuidaba, pero ella no, no decía nada en realidad”

M tiene 13 años, la primera consulta vino con su mamá. Yo a su mamá ya la conocía porque viene a retirar anticonceptivos. La mamá mal, dolida. En realidad, la primera consulta es por un atraso menstrual, le doy un test de embarazo, la mamá renegando con su hija por todo eso. Después llegan las dos otra vez con el dispositivo para control de embarazo. La nena más bien muda, muy callada, casi como que no le podía sacar cosas. La madre contestaba muchas cosas y así la entrevista así, en que uno le elabora el carnet perinatal, la nena empieza a llorar. Lloro y... bueno la madre también contaba como ahora le tengo que decir al padre, que qué va a decir, me va a matar.

Por lo general vienen con la mamá al lado así que no te da mucho la posibilidad de preguntar.

7.4 La indagación sobre las circunstancias en torno al origen del embarazo

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. Los equipos especializados en adolescencia, y los de conformación interdisciplinaria son los que, en mayor medida, indagan en profundidad con el objetivo de identificar posibles situaciones de abuso o violencia sexual.

Las niñas ingresan por el consultorio de alto riesgo y son atendidas por profesionales del Servicio de Adolescencia. En esta primera consulta, se comienza a llenar la historia clínica, mientras se va indagando sobre la

edad de la primera relación sexual, el grupo familiar, y el contexto socioambiental, entre otros factores económicos, educacionales, etc. Además, se consulta sobre la relación con el co-gestante, sobre la búsqueda intencional o no de ese embarazo. Paralelamente, se da comienzo al servicio de consejería anticonceptiva. El hospital no cuenta con protocolos ni guías de detección o tratamiento de víctimas de abuso. Por lo tanto, las preguntas puntuales al respecto dependen del grado de interiorización del profesional y de las capacidades individuales para la detección de conductas extrañas, nerviosismo, vergüenza, etc. Para ello, durante las consultas a las que las niñas suelen recurrir acompañadas por sus madres, tías, o un familiar, se establece un momento a solas con la embarazada para generar un espacio de confianza y privacidad en el que puedan indagarse este tipo de cuestiones. A partir de esta consulta se determina si la adolescente necesita una interconsulta con otros profesionales, basada en indicios de desnutrición, ITS, adicciones y/o abuso. Sólo en caso de abuso, o de ser considerado necesario, se deriva a la adolescente a la psicóloga y/o a la trabajadora social, no siendo ésta una opción siempre disponible para la totalidad de los casos. (Informe de consultora sobre hospital).

A medida que transcurren las consultas y conforme se va generando un clima de confianza los/as profesionales indagan sobre el vínculo con el co-gestante, quién es, si sigue siendo su pareja, si está dispuesto a acompañarla en la próxima consulta. De este modo se ingresa a un terreno más delicado. Si ante estas preguntas la adolescente se muestra callada, tímida, reticente, se da lugar a interrogaciones más vinculadas al abuso: si ha sido una relación no consentida, si ha habido violencia, si hay algún familiar involucrado. Ante esto se establece un trabajo interdisciplinario con la psicóloga y trabajadores sociales de los CAPs, pero lo cierto es que este tipo de articulación resulta difícil (Informe de consultora hospital).

“En general cuando nosotros queremos charlar un poco más, investigar si ha sido un abuso, que generalmente la mamá es la que oculta porque se da intrafamiliar, yo la hago salir un ratito a la mamá o a la que viene con ella y le empiezo a preguntar un poco más, cuando sospecho, cuando está muy callada la niña, cuando está muy pudorosa, no sabe por ejemplo cómo acostarse en la camilla, todo contesta la mamá y ella no. En esos casos, quizás no en la primera, porque es muy chocante, pero sí en la segunda visita se puede llegar a investigar, con quién vive. Siempre, siempre preguntamos con quién vive, si el papá es el papá, si es el padrastro”.

“Yo sí les pregunto, les pregunto cómo fue, si tiene marido o no, quién es el papá, o sea, voy preguntado para ver si esta nena menor fue abusada

u obligada a hacer cosas y quedó embarazada. Y sí, algunas te responden, otras se ríen, te miran y se agachan y no quieren hablar más.

Una pregunta que no se sienta presionada la paciente ni nada, es una pregunta bien a la ligera, “¿Y tu novio? ¿y tu pareja? ¿Iba a tu mismo curso?” uno ya va captando si es un tipo grande, si no lo es, si se hace la pregunta.

Cuando es una situación de embarazo preguntamos si está en pareja, cómo fue la relación para ver cuál es el vínculo que tiene con la persona, que tuvo la relación sexual. Cuando hay diferencia de edad entre el varón de la mujer hay que pensar en situación de abuso.

La indagación bien enmarcada efectivamente conduce a la detección de situaciones de abuso.

Una vuelta hace años en un centro de salud una niña de 13 años que venía embarazada empecé a preguntarle por el papá del bebé y surgió que la chica era embarazada por el padrastro y después le seguí preguntando si tenía otras hermanitas, la cuestión que en esa entrevista saqué dos niñas abusadas, ella de 13 y otra de 7 años. En ese momento fui a hablar con la jefa del centro de salud e hicimos la denuncia, llamamos a la policía. El tipo nunca lo han agarrado porque se fugó, pero de todas maneras, en una entrevista de control prenatal que iba la chica sola, yo como la empecé a indagar sobre el padre, la chica no habló nada y cuando me fui metiendo en la historia del padre y cómo se quedó embarazada y todo esto surgió... Se puso mal la chica, hasta que me terminó contando la situación de abuso que vivía del padrastro y había una hermanita que también era manoseada por este viejo. Pero sí, repito, es lo que hago yo y es lo que trato también de inculcarle a los residentes, pero en el consultorio yo no estoy en el consultorio con ellos.

Sin duda ese tipo de indagación no es sencilla y requiere de un ambiente de confidencialidad y una relación de confianza, que, de no existir, se limita a un “interrogatorio” inconducente en el que se pueden perder o pasar por alto elementos que podrían ser indicadores de posibles situaciones de abuso.

Vos preguntás y te mienten, tenemos muchísimos casos de enfermedades de transmisión sexual, les preguntás y “ay yo no tengo marido”, “no tengo pareja”, se hacen tratamiento y no las veo más... Por ejemplo, en este momento tenemos anticonceptivos para colocarles, vos te descuidas, se van de acá y a los dos meses vuelven embarazadas las que no tenían marido, los protegen, protegen al golpeador, protegen al positivo... Vos les explicás que el riesgo mayor es para ese bebé que están gestando, les preguntás y lo niegan, y uno no las puede obligar,

viste...le das tratamiento, la pareja no, pero nunca te dicen, es algo que vos le preguntas y el papá del bebe? porque por ahí lo que queremos saber es si el papá es alto, es grande, es gordo, cuánto pesa...y no, no sé, no tengo marido, siempre hay como algo de misterio, como si fuera algo oculto.

Algunos médicos expresan no indagar para “respetar la privacidad de la paciente” o porque no se sienten capacitados.

Yo resuelvo la situación del embarazo. No me meto más adentro porque eso me va a llevar mucho más tiempo que no tengo y necesitaría herramientas que tampoco tengo, o sea conocimiento de los recursos que tienen las asistentes sociales para llegar, para resolver, para mezclarse en ese tipo de cosas, yo no tengo.... No digo, a ver ¿fue de tal forma?... en la forma grossa de decir ¿estás de novia? ¿te cuidabas?” Yo sé que fue un accidente, también puedo saber si fue un hecho forzado, pero no voy mucho más allá, al fondo, no le pregunto a ver quién fue, si tu papá, tu tío.

Posturas como esta resultan preocupantes dado que en menores de 15 años siempre es importante descartar la presencia de abuso sexual. El médico/a y la obstétrica son un eslabón clave porque indefectiblemente tienen un rol en el control del embarazo, mientras que las psicólogas o trabajadoras sociales sólo intervienen ante derivaciones o interconsultas y no todas las instituciones cuentan con estos profesionales. Si bien no es esperable que el médico/a pueda manejar solo/a la detección y abordaje de situaciones de abuso, su rol es crucial en la indagación inicial que pueda identificar sospechas para luego indagar con el resto del equipo.

7.4 Seguimiento posparto y contrarreferencia

Un punto de notable convergencia entre los informantes del sistema de salud es la falta de seguimiento posparto luego del alta hospitalaria. El hecho que los embarazos se categoricen como alto riesgo y la centralización de su atención en el nivel de mayor complejidad, implican 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 establecimientos de tercer nivel, por su estructura y características, no tienen ni la función ni la capacidad de hacer el seguimiento directo en el

posparto, más allá del control puerperal o en casos de patología materna o del recién nacido. Su responsabilidad es direccionar a la adolescente de manera guiada y referir el seguimiento hacia el primer nivel.

Tanto el médico como nosotras le indicamos a todas las pacientes que tienen que ir al puesto de salud. Es una prioridad y una urgencia hacer la atención a la menor y después hacer la contrarreferencia, pero te vuelvo a repetir, para nosotros termina ahí nuestra función. No podemos hacer un seguimiento porque todos los días ingresan pacientes nuevas, al ser un hospital de tercer nivel es imposible, humanamente es imposible... ¿cómo se va a seguir esa paciente que se fue? tan sólo que el médico pregunte al médico del puesto de salud, creo que hasta ahora, me atrevo a decir, la única contrarreferencia debe ser la de trabajo social.

No tenemos 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 para que inicie una planificación, pero si no mucho no tenemos la oportunidad de seguirlas porque vienen de otras áreas...

Es en este proceso donde los/as informantes identifican vacíos y fallas. Como señala uno de los informes: “Al tratarse de una maternidad de baja complejidad, la mayoría de los casos, salvo raras excepciones donde el riesgo es nulo, se derivan al momento del parto al Hospital Regional situado en Ciudad Capital. Al respecto se expresa la falta de un trabajo cooperativo en la entrega de la contrarreferencia que permita receptar una devolución del desenlace y el seguimiento de esa paciente y su bebé, pues muchas de las historias clínicas se pierden o extravían en este traslado y no se logran recuperar luego. Si la ausencia de atención integral es notoria durante el transcurso del embarazo, mucho más lo es posteriormente”.

Así como algunas jurisdicciones tienen acuerdos para que el control de menores de 15 se centralice en un consultorio de alto riesgo, no hay ningún mecanismo similar pensado para el seguimiento posparto. Los mecanismos de articulación entre niveles y el seguimiento culminan con un parto satisfactorio un recién nacido sano. No existen canales facilitados para ninguna otra intervención, a pesar de la complejidad que rodea a las situaciones de maternidad antes de los 15 años.

El seguimiento postparto es importante no sólo para los controles médicos de la adolescente y el bebé, la adopción y adherencia a métodos anticonceptivos, y la lactancia, sino que es un momento crucial en la vida familiar que requiere de una mirada integral, máxime cuando se trata de niñas y adolescentes menores de 15 años. Preocupa especialmente los casos de abuso confirmado o sospecha de abuso donde la adolescente y el recién nacido retornan a un contexto

potencialmente inseguro y amenazador si es que el abusador está presente o cerca.

Algunas jurisdicciones como Salta enfatizan la figura del agente sanitario como clave en el seguimiento posparto.

7.5 Anticoncepción postparto

Según los/as informantes, la consejería, oferta y entrega/colocación de un método anticonceptivo luego del parto es una práctica instalada que se realiza a través de diferentes modalidades como alta conjunta y control puerperal en la maternidad o en el primer nivel. En todas localidades hacen mención de los métodos de largo plazo (MALDs), particularmente el implante subdérmico. Excepto en una provincia que reporta falta de implantes, no se identificaron faltantes de insumos anticonceptivos.

Se dan todos los métodos que están ahora en boga en el Ministerio. El DIU, anticonceptivos orales, el fosforito ese que ahora está de moda, yo no soy partidario de eso, pero bueno....

Antes de los 2 meses, de nacido el bebé, puede ser a los 20, 30 días de nacido el bebé, se hace la colocación

Si no sale de la maternidad (con un MAC) después se le ofrece algún método acá en el puesto

Acá en el servicio en general cada médico cuando da el alta más o menos aconseja métodos anticonceptivos, pero después tenemos un personal específico para hacer este tipo de actividad.

En el relevamiento se detectaron casos de adolescentes embarazadas producto de violencia sexual a quienes se les coloca 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 consentida y por lo tanto no requeriría aun de un anticonceptivo de largo plazo. La anticoncepción podría enmascarar el abuso

7.6 Interrupción legal del embarazo (ILE)

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.

“Ninguna ley habla de producto de violación, sería bueno que interviniera la presidencia y haga que los legisladores hagan las leyes de acuerdo a lo que está acá en la trinchera y no aparecen. Yo no tengo problema con que haya una ley de aborto... pero no podemos pedir aborto acá abajo cuando yo tengo una fiscal que me está amenazando a mí como médico y el ministerio que me está amenazando con lo que tengo que hacer. Nosotros somos el último eslabón de una gran cadena”

Más allá del desconocimiento del marco normativo, la constante subyacente son actitudes personales opuestas a toda interrupción del embarazo. En los discursos no se contempla 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”.

Si no tomaste los recaudos necesarios antes del embarazo ahora listo, esperá. Si vos no lo querés o tu mamá o un familiar no lo quiere, bueno se tomará otra medida que sería la adopción, pero ahora ya está concebido y el niño tiene derecho a nacer. En ese sentido hemos apuntado y vamos bien, pusimos agentes sanitarios que hacen seguimiento semanal...

Las valoraciones personales de los profesionales redundan en la negación institucionalizada de derechos a las niñas y adolescentes.

No, yo no hago, si hay dos médicos, el otro lo tendrá que hacer, así que no hay manera de que yo haga. Yo estoy en contra de todo eso.

Nosotros no la ofrecemos, está estipulado en la ley y está a disposición de quienes lo deseen, pero también tenemos objetores de conciencia. No, ofrecerlo como partida nuestra no... No porque en ese punto se origina un conflicto, no todos lo hacen, no todos están dispuestos a practicar un aborto.

Acá no la ofrecemos la interrupción legal del embarazo. Le damos la pastilla del día después, pero después otra cosa no ofrecemos

La negación de la ILE se hace a conciencia de que se empuja a las mujeres al circuito clandestino del aborto inseguro.

Lo piden, lo piden. Una señora trajo la hija para ver si estaba embarazada, y ya estaba. En ese caso nosotros, cuando la postura es esa, yo no, mi condición de médico no me habilita, yo estoy para seguir el embarazo. Lo charlamos para ver cuáles son los problemas que tiene y por qué y para qué. En ese caso también siempre llevamos a la psicóloga, que con las herramientas que puedan ayudar a la niña y a la familia. Pero después uno se entera que buscan otros medios, otras formas para no seguir el embarazo

Si bien no podemos hablar de interrupciones voluntarias del embarazo y menos en los efectores de salud, sí sospechamos que hay un número importante, o al menos un número de niñas que se hacen abortos en clandestinidad y dónde a veces no podemos llegar

El aborto lo hacen clandestinamente, pero en la institución, no

En la mayoría de los hospitales y centros de salud consultados la ILE es una dimensión institucional inexistente, no se conoce, no se ofrece, las mujeres no la solicitan, las autoridades no la abordan, o la dejan a criterio individual de cada profesional sin anclaje institucional alguno.

“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”

Aquí pasa más por una cuestión digamos personal que por una cuestión institucional

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.

“Lo que planteo es si vos no lo querés tener podés darlo a alguien que pueda cuidarlo mejor, atenderlo. Eso son los planteos que hace uno personalmente, si realmente las causa de tenerlo son insalvables. Pero así como charla, para que ellas sigan adelante”

“La verdad me cae mal que vengan y me digan “mira no quiero tenerlo, quiero que hagas algo”, porque así me han dicho, entonces les digo “no soy lo que vos crees, no estoy para lo que vos crees, soy obstétrica, estoy a favor de la vida así que olvidate conmigo”... trato de hablarlas siempre “aceptá el embarazo, ya está ahí” ¿Qué más le voy a decir? No le puedo decir andá a tal lugar”

No presentar o informar la opción de ILE contradice el principio de “transparencia activa” que obliga a los profesionales de la salud y autoridades

públicas a “suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible”.²⁷

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.

Su consulta fue bastante precoz digamos, el inicio de su control prenatal fue precoz porque con 9 semanas empezó con el control prenatal, con ella hago una interconsulta con la Asistente Social, con Psicología y le planteo si a ella le parecía, que quizás la haga sentir mejor hablar con otra persona, desahogarse, haciendo alusión al psicólogo, y no me contestó en ese momento ni que sí ni que no.

Esta nena de 12 años ingresa traída desde el hogar de niñas, el padre había sido intervenido, intervención del organismo protector de derechos por papá violento y la llevaron al hogar de niñas. Llamaron del hogar de niñas porque tenían la leve intuición de que estuviese embarazada. Efectivamente estaba embarazada, ella sigue el embarazo en curso todavía y bueno, primero vino con gente del organismo protector de derechos a traerla para que la evaluara la médica, en ese momento era la Dra. X que la atendió, y bueno, ahora está muy controlada porque sigue el embarazo en curso, ya está 33 semanas si no me equivoco. Se ha venido controlando, estuvo varias veces internada, repetición de broncoespasmo, asma, es una niñita. La traen al control, en el primero no se sabía todavía, se solicita ecografía a los 15 días porque parece que puede haber un embrión de 6 semanas, pero no se veía, se veía el saquito nada más. Luego vuelve a las 9,2 semanas, se controla presión y peso, luego a las 14 semanas, a las 19 semanas, luego ecografía y análisis, como era muy menor había que hacer el seguimiento, los análisis (Relato de análisis de HC)

Un embarazo en una adolescente de 12 o 13 años producto de abuso sexual condensa todas las causales habilitantes para un aborto legal. Aun así, en el discurso de los profesionales tratantes no aparece mención alguna sobre la

27 Protocolo para la atención de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación, 2015.

interrupción legal del embarazo. La única opción posible es su continuidad, a pesar del daño que pueda generar.

Tuve una paciente el año pasado, de 13 años, que vino embarazada, la trajo la madre. Venía llorando, así como descontrolada, y la madre la trataba mal, así delante mío, la trataba mal, le decía cosas feas y bueno en un momento le pedí a la mamá por favor que saliera afuera, que la espere, así yo conversaba con la paciente. Por ahí es como que eso también las inhibe, no quieren contar nada o hablar que esta la madre y me dijo que el novio de la madre la había abusado. Y bueno, empezamos los controles, todo, pero la madre como que estaba enojada con ella. Se hizo la denuncia todo, lo trabajé con la asistente social ese caso, junto con el hospital de niños, porque ella iba al Hospital de Niños también a hacerse los controles, creo que la Dra. XXX, la controlaba ahí y de allá la Dra. me mandaba siempre una contra referencia, una hojita donde ella me anotaba ahí que le había hecho control, que le había solicitado análisis, todo, porque ella también venía acá a los controles.

En muchos casos esto responde a que el primer contacto con el sistema de salud es en etapas avanzadas del embarazo cuando no es posible realizar una interrupción. Este es un argumento delicado y discutible. Es frecuente la mención de 12 semanas como límite, una fijación arbitraria sin fundamento legal ya que la legislación vigente no establece plazos específicos.

No lo ofrecemos, porque el ILE tiene una edad gestacional límite, nosotros como Hospital Obstétrico recibimos de 14 semanas para arriba, y en general ya vienen con edades gestacionales muy avanzadas. Se hizo o se hace, si fuera 16, 17 semanas, si vienen con una orden judicial, o porque no hay otra, pero no lo ofrecemos, nosotros no lo ofrecemos.

Hasta las 12 semanas. Si hay una orden judicial, haciendo una excepción, 14 o 16 semanas, pero por ahí nos mandan a las 20 semanas.

No hemos tenido esa franja para decir esta paciente es víctima de violación, como para decir legalmente puede interrumpirse el embarazo que es inclusive hasta las 12 semanas. Generalmente tenemos captación de las 12 en adelante. La interrupción del embarazo siempre es posible en el primer trimestre, después de ahí hay riesgo de otras patologías que se puedan asociar

Tuvimos un caso que nos derivaron hace muy poquito, 13 años, había sido abusada por el hermano mayor de 16, y cursaba un embarazo de 22, 23 semanas. y lamentablemente ni siquiera la opción de la interrupción legal del embarazo le pudimos dar porque estuvimos muy justito, no pudimos dar...y bueno, seguimos con la psicóloga, con la asistente social

A pesar de la negación predominante, hay una minoría de entrevistados/as que conocen en profundidad el marco legal de ILE. En tres de las provincias parte del estudio se realizan ILEs en una única institución de la provincia, por lo general en la ciudad capital y en un centro de tercer nivel.

Lo que nos está pasando y que las pacientes vienen solicitando una interrupción legal del embarazo, es atendida en otros lugares, llegan y solicitan, por diferentes motivos. Puede ser por un embarazo causado por un abuso, por violación, un embarazo con malformación grave como anencefalia o sea incompatibilidad con la vida. En el diagnóstico de la consulta obstétrica ya se lo dicen y la paciente solicita por esa causa, refiriendo además que tiene problemas emocionales a causa de esto. Nosotros ahí hacemos una evaluación, todos los casos de interrupción legal del embarazo, nosotros tenemos una atención en esos casos. Nuestro trabajo consiste en valorar cómo ha sido proceso de toma de decisión, si esta paciente tiene autonomía, si esta paciente fue informada, y cuáles son los motivos.

Por otro lado, en una de las jurisdicciones donde se observa mayor disponibilidad de acceso a ILE, especialmente en los centros de salud, mientras que en las dos restantes provincias parte del estudio, los informantes no refieren que se provea la práctica en ninguna institución.

Se habla sobre si quiere continuar o no quiere continuar. Se le plantean las dos situaciones independientemente. Esto, como plantea la ley, es en situaciones de violación, cuando es una persona con cierta discapacidad mental, o problemas de salud en sentido integral. Tienen que llenar un consentimiento informado, se pide un adulto acompañante en las menores de 14 años, por una cuestión legal. Nosotros durante todo el año se habrán hecho 30-40 interrupciones, y menores de 15 años debe haber 4 o 5, por lo menos.

Aun en los espacios que proveen ILE los contextos de trabajo con altamente complejos y la práctica está plagada de obstáculos. Un ejemplo ilustrativo es un hospital de tercer nivel donde, si bien se realizan algunas interrupciones legales, se registran con otro diagnóstico con el fin de “proteger a la mujer” y que no se conozca la situación más allá del equipo directamente involucrado.

Tratamos que el conocimiento de la interrupción del embarazo sea de muy pocas personas, de la dirección y quien lo va a hacer, y por ahí alguien que la va a internar, toda precaución. Se trata que ingrese la paciente como comúnmente puede ingresar cualquier paciente, porque en este tipo de interrupciones del embarazo hay que prepararla a la paciente un día antes, entonces optamos por hacerlo en un día que no haya mucho movimiento y que no se le pregunte mucho a la paciente, Porque a

ver...viene una enfermera y pregunta ¿por qué estás?, ¿qué te ha pasado?, todo el mundo empieza con las preguntas; entonces, tratamos de que pase como comúnmente ingresa una paciente con un aborto incompleto. Entonces la preparamos un día y al otro día rápidamente estamos solucionando el problema, o la preparamos de la mañana a la tarde para que no esté mucho tiempo internada. Entonces, como se soluciona el problema rápidamente, se da menos a conocer, menos son los actores que pueden ingresar a preguntar, porque después el comentario surge y eso es lo que evitamos.

Un facilitador importante es la asistencia técnica de los programas nacionales de salud sexual y adolescencia que difunden el marco legal y contribuyen a que la ILE se interprete de acuerdo a la ley.

Tuve un caso de una nena de 12 años y justo estaba gente de Nación acá y bueno, ahí me puse en conocimiento de que estaba autorizado (el protocolo para Interrupción Legal del Embarazo) en la provincia y ellos, justamente articulamos y yo les comenté quien era la paciente, y ellos articularon todo, después quedo a través del Trabajo Social. Yo simplemente pasé los datos y ellos me dijeron que sí, que sí existía la posibilidad de una interrupción pero que preferían que las intervenciones se hicieran en(...). De lo cual yo estuve de acuerdo porque no estoy a favor de la interrupción del embarazo (...) La niña ya tenía 4 meses de embarazo, yo le hice la ecografía y la paciente y la madre me solicitaron finalizar con el embarazo. Hablé con Nación, ellos me dijeron que eso se debería de hacer, la última noticia que tuve fue cuando hablé con la psicóloga, que es la que hizo Cámara Gesell y que estaba confirmado el abuso, pero mirá, hasta el día de la fecha no sé cómo culminó.

Cuando los casos de embarazo producto de abuso se judicializan, el equipo de salud queda impedido de actuar hasta recibir las instrucciones del juzgado. Esto puede demorar y afectar la posibilidad de resolución de ILE, especialmente por la edad gestacional.

El problema que pasa cuando nosotros hablamos de una interrupción del embarazo, cuando lo piden, cuando lo va a judicializar pasa mucho el tiempo, entonces si está en un embarazo de 2 meses y nosotros a los 3 meses le podemos solucionar el problema, nos la mandan a los 4 o 5 meses de embarazo, y 2 meses han estado peleando en la justicia para que el juez determine si se puede hacer o no. Entonces por ahí cuando yo hablo con la gente de maternidad e infancia o con la SUBNAF; si es cierto que la solución la mandamos en el momento, o sea no lo judicialice porque si lo judicializas pasa mucho tiempo, si lo podemos solucionar nosotros mejor, pero si va a los judicial, porque por ahí va la madre que es la que pide, y demora mucho tiempo, no toman la decisión muy rápido.

Por su parte, en los informantes del sistema judicial predomina la visión de que su intervención no es necesaria para que se practique una ILE.

Hemos tenido un solo caso donde el hospital se presenta a pedir una autorización judicial para practicar un aborto a una menor abusada, y lo que yo contesté es que no era una cuestión judicial. Ya hay fallo de corte, más allá de la objeción de conciencia que puede tener un médico, se supone que por el protocolo deben tener una persona que esté dispuesta a practicarlo, o sea que no necesitan una autorización judicial por más que sea menor, así lo fallé, y la cámara confirmó la sentencia, y a partir de ahí no he tenido más casos

Algunos operadores del sistema judicial informan sobre el derecho a la ILE

“La fiscalía no interviene en casos de aborto y entiende que no debe intervenir. Yo como fiscal informo los derechos sobre el aborto no punible. Le decimos los derechos que tiene, la ley de reproducción que hay y todos los derechos y protocolos que existen sobre el tema de aborto no punible, que es un protocolo establecido por decreto del Poder Ejecutivo provincial. Todo eso le informamos.

Desde acá nosotros tenemos la obligación de asesorar e informar, pero el hospital tiene la obligación de asistir.

Las posturas de claridad respecto a la ILE coexisten con posturas de profunda ignorancia que colisionan tanto con el código penal como con el fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia.

La interrupción legal es muy puntual, en el artículo 86 está muy puntualmente...hay un error común que se cree que todas las víctimas de violación pueden abortar legalmente. Eso está mal entendido porque el artículo 86 lo que dice en su segundo párrafo es que, cuando haya violación a una mujer idiota, no es violación coma, o un delito contra la integridad sexual a una mujer idiota, es violación o delito contra a una mujer idiota, y a la segunda oración dice. “este caso”, o sea, es un solo caso, y mucha gente se lleva de que todos los productos de violación legalmente pueden producirse un aborto, no es así.

Una de las provincias cuenta con un protocolo provincial que interpone mayores restricciones que el protocolo nacional, contradiciendo los fundamentos legales que sustentan a este último. Entre otras cosas, exige la radicación de la denuncia policial o judicial en los casos de violencia sexual²⁸, exige el

28 En los casos previsto en el artículo 1º, la mujer solicitante, o en su caso su representante legal, deberá realizar una declaración jurada con asistencia del defensor oficial, organismo de asistencia a las víctimas del Ministerio Público, o asesor de menores e incapaces, según

acompañamiento materno/paterno o de tutor en menores de 18 años²⁹ y estipula un límite de 12 semanas de edad gestacional³⁰. Las entrevistadas del sector salud no conocen concreción de ningún caso de ILE.

El Ministerio de Nación en el protocolo para abusos sexuales dice que con una declaración de la trabajadora social o la psicóloga se hace un acta y vos podés pedir el aborto no punible para el caso de abuso sexual. (...) dice que no, (...) dice que con la denuncia policial o judicial. Entonces nosotros ahí no intervenimos, no vale nuestra intervención o nuestra entrevista, no va a valer para ofrecer el protocolo.

7.7 Adopción

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 tienen escasa 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.

“En 14 años que estoy acá nunca hubo un caso de adopción”.

“La cultura nuestra, no acepta la adopción por eso hay pocos niños que se han dado en adopción, salvo cuando el juez determina retirarlo, pero decisión propia no”.

Y en cuanto al bebé, creo que no hubo ningún inconveniente porque se hace cargo la mamá, la mamá dijo que sí, que hasta que ella tenga mayoría de edad iban a hacerse cargo, pero no entregaron el bebé.

Cuando se manifiesta rechazo hacia el recién nacido o de indecisión respecto de asumir la maternidad los profesionales de la salud más bien actúan para que la adolescente acepte su maternidad y conserve al recién nacido. Esto se observa tanto en control prenatal como luego del nacimiento, y se evidencia en actitudes

corresponda, o una denuncia policial, en la que hará constar que su embarazo es producto de un abuso sexual con acceso carnal y que por esa circunstancia solicita que se le realice el aborto.

29 En todos los casos de niñas y adolescentes menores de 18 años se requerirá el acompañamiento de sus padres y/o tutores para acceder a la práctica del aborto.

30 El plazo para realizar la interrupción del embarazo no podrá ser superior a las 12 semanas de gestación (http://boletinoficialsalta.gob.ar/NewDetalleResolucion.php?nro_resolucion=797/12)

autoritarias como la del siguiente testimonio donde se obliga a amamantar en situaciones de rechazo.

La lactancia materna es fundamental, tienen que darle la teta desde el primer momento del recién nacido y mientras están acá las primeras 4 horas tienen que darle la teta, no se le da mamadera, salvo que el pediatra diga a esta se le da. Pero si no, no le damos mamadera, es obligación de aquellas pacientes que tiene rechazo al chico o rechazo a darle la teta, se le sienta la enfermera al lado y le hace dar la teta.

La poca experiencia sobre adopción que se detectó se concentra en las maternidades, en el primer nivel de atención los casos se informan a la maternidad de referencia donde se hacen las gestiones judiciales pertinentes. La acción desde el sistema de salud se centra en comunicar a la entidad correspondiente (Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia o su equivalente) y retener al recién nacido en neonatología. Se manejan términos profundamente estigmatizantes (“abandono”) y no hay mención de cuidados enfocados en la adolescente que da en adopción.

Es un caso que se judicializó muy rápidamente, porque esta chica dijo no lo quiero al bebé, 13, 14 años, chiquita. Y entonces ella queda acá, en la sala de internación, y el bebé pasa automáticamente a neo. Se avisa a la asistente social, primero, porque es un caso de abandono de bebé, es un caso de abandono, se le ponía ese rótulo...Entonces, se eleva un informe directamente al juez, y el juez interviene...nos piden la interconsulta...Rápidamente nosotros tomamos entrevista, se mantiene la confidencialidad, se mantiene la autonomía, que tiene la paciente...y que después el equipo de Justicia resuelve...nosotros hacemos el informe al juez y a la Secretaría de Niñez también. Lo que se hace es pasar el recién nacido a neo, colocamos eso en la historia clínica cuando ya tenemos la determinación de la madre, de la menor. Se informa al juzgado de menores, es un abandono explícito digamos. Generalmente cuando ellas vienen, ponele que estén en el sexto o séptimo mes de embarazo, y nos comunican a nosotros, y nos dicen “yo no quiero tener este bebé...nosotros hacemos un informe a Dirección de Niñez, porque todavía no nació el bebé y no podemos decir que está abandonado.

La controlábamos, pero lo que pasa es que la chiquita era del hogar, entonces me la llevaban todos los meses la celadora, se dio en adopción, y se hizo todo el tema del seguimiento, con el juez, que se encargaron todas las chicas, la celadora, y cuando nació ya el bebé, en el hospital ya estaba todo armado ya. Ellos se encargaron en el hogar de hacer todo el tema ése.

El chiquito nace y por ley si ella no lo quiere tener se habla a los familiares de la madre y todo y si no ya se recurre a la Casa Cuna. Se le da una tutela judicial en el caso que no lo quieran y luego después de los informes de la

psicóloga y de los asistentes sociales que no lo puede tener pasa es niño a una tutela judicial y acá hay una casa de cuna donde se reciben estos niños.

Por la especificidad de su rol, los/as informantes del sistema de justicia se explayan 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”. Su equipo, de conformación interdisciplinaria, refiere que es habitual que las víctimas de abuso cedan en adopción al recién nacido.

Generalmente deciden dar en adopción. Muy pocos casos como te digo, muy pocos casos en los que mujeres que han sido abusadas han decidido asumir la crianza. Siempre ceden la crianza. Los abusos son intrafamiliares, papá, hermanos, tíos, entonces no son contextos saludables para ese niño.

Su intervención se activa cuando se notifica desde el sistema de salud situaciones de mujeres que manifiestan no querer asumir la maternidad. El foco está puesto en la adopción y no hay mención de ILE, si bien se entiende que es un derecho cuando el embarazo es producto de violencia sexual (no parecen tener clara la causal salud integral). Se argumenta que los casos que reciben suelen ingresar con edades gestacionales avanzadas lo cual obtura la posibilidad de una ILE.

El abordaje enfatiza el respeto de la autonomía de la joven y se procura brindar contención y acompañamiento.

Nosotros no trabajamos con el tema del convencimiento... No tratamos de influenciar con nada, simplemente se pone a disposición de esta persona que acude a nosotros todas las posibilidades que brinda el organismo y la articulación con restos de organismos para que pueda tomar una decisión que sea libre, que no sea influencia por ninguno de los factores que muchas veces te hablo del tema de lo económico “que no le puedo dar de comer” “que no le puedo comprar ropa” “que no tengo niñera” o “tengo problemas con mi pareja” por todas esas situaciones también se articula con Género que se acompañe más que nada y se observa cual es la situación hasta que pueda tomar una decisión conforme a todos los recursos que le brindamos nosotros.

Las referentes de Huahuas son prácticamente las únicas que mencionan el cuidado y la contención de la joven que cede en adopción, y el trabajo que les ha significado que el sector salud aplique un modelo de atención respetuoso de los derechos de quienes dan en adopción.

“Era uno de nuestros objetivos cuando se crea el área. Porque es un camino de hormiga que hemos ido construyendo en hacer y 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 de su hijo se la pueda entender. El factor fundamental es salud, de poder hablar con los encargados, las obstétricas, los ginecólogos, que hay que respetar el derecho de esa mamá³¹. Si después de nacer no quiere tener contacto con ese bebé, o que el pase a neo sea por un acto voluntario o un alta médica, nosotros nos hacemos cargo del bebé para después trabajar con esa mamá y con la familia ampliada”.

El proceso de adopción se encamina a través de la Dirección de Niñez Adolescencia y Familia, con los cuidados extremados propios de una jurisdicción donde la adopción ilegal es una problemática local.

En el último caso que hemos intervenido en una entrega irregular se ha descubierto que hay personas de otros organismos que están en la red. Es una red que nosotros, lamentablemente, no hemos podido dismantelarla. La idea es por sobre todo poder concientizar a la gente de que cuando vean esta situación de que hay gente que venga y le ofrezca... Hoy es un delito la venta de bebés, ir y venir y llevarse un bebé, eso hoy no se puede. Hoy es un delito esto, no solamente de la madre sino de las personas que compran. La ley te dice que sí se permite la adopción, pero la adopción dentro del proceso legal como corresponde. Yo mamá quiero dar en adopción a mi bebé, nosotros te acompañamos e informamos al juez de familia que esta mamá quiere dar en adopción, se toma la medida y después se declara la adoptabilidad del bebé y ahí la jueza ordena que el bebé vaya en adopción y se manda un oficio al Registro Único de Adoptantes y ahí se tiene un listado de matrimonios que están en condiciones de adoptabilidad. Ese es el proceso legal como corresponde.

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

Tal como se mencionó anteriormente, no hay registros que permitan dimensionar el peso que tiene el abuso sexual como causa de embarazos en niñas y adolescentes menores de 15.

³¹ Es de notar en este testimonio que la entrevistada, a pesar de enunciar una mirada de derechos respetuosa de quienes no desean ser madres, identifica a estas jóvenes reiteradamente como “madres”.

Los/as informantes señalan que se trata de 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).

No le puedo decir un número, le digo la verdad que le mentaría si le digo un número, pero es muchísimo lo que hay. Yo le diría en promedio digamos, los delitos que más tenemos: en primer lugar, delitos contra la propiedad, y segundo está todo lo que es violencia de género y abuso, después vienen el resto de los delitos.

Abusos tengo un montón. La mayoría de las adolescentes que tengo fueron abusadas (Trabajadora Social de Centro de Salud)

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 testimonios relatos de situaciones de “protección del abusador”, “arrepentimiento” del denunciante o retiro de los cargos 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 impiden denunciar a sus propios hijos, hermanos, parejas, etc.

He tenido un caso de embarazo de su propio padre de una niña de la cual pudo hablar a la psicóloga, pudo decir que estaba embarazada de su propio padre, pero al momento de hacer la cámara Gesell, la declaración de ella ha sido totalmente coaccionada por su madre y ella inventó una historia. Era una psicóloga muy reconocida, una psicóloga que sabía trabajar en la cámara Gesell, que sabía sacar del lugar. Porque embarazada y todo le hacía notar que cuando nazca el hijo vamos a saber quién es el padre y ella así sostenía que era de un novio, que no conocía el novio, que había perdido el número y que en realidad le habían armado la causa al padre y toda esa cuestión. O sea, lo que quiero decir es que era tanta la presión de la madre, que para ella era imposible decir lo que ya había dicho. Ella tenía 14 años, pero era una niña que parecía de 12, 11 años, muy niña. Tuvo a su bebé, lo trajo, se le hizo el hisopado y toda la cuestión que corresponde y se comprobó que era el padre, padre de su propia hija. O sea, el nivel de presión que sufren los niños en tema de los abusos, más con el embarazo es tremendo (Fiscal Coordinador).

También se menciona el aislamiento, la falta de recursos y el desconocimiento de los mecanismos para denunciar.

Obviamente que hay un montón de causas de abuso y más que se dan en el interior de la provincia pero que no salen a la luz por diferentes cuestiones socioculturales. No se dan a conocer o la víctima es menor de edad y los familiares desconocen que hayan sufrido abuso, o los mismos abusos son perpetrados por los mismos familiares, hermanos, padres y no tienen los medios ni económicos, ni siquiera idóneos para poder llegarse al lugar, a alguna seccional policial más cercanas o al poder judicial, a la fiscalía digamos para realizar la denuncia (Fiscal Auxiliar).

Los profesionales de la salud muestran sentimientos de frustración e impotencia y varios compartieron relatos de descubrimientos aberrantes, asesoramiento a las víctimas y sus acompañantes, denuncias hechas en voz propia, interrogatorios policiales, amenazas y violencia del entorno familiar de las víctimas, falta de apoyo institucional, esfuerzos que exceden el ámbito profesional, tiempos dilatados, falta de respuestas desde justicia, arrepentimientos y frustraciones. En líneas generales todas las historias narran largos procesos inconclusos que terminan en decepciones.

7.9 Los procedimientos en casos de abuso sexual

Básicamente existen dos puertas de entrada al sistema de justicia y protección de derechos en los casos de abuso sexual. Uno es la denuncia directa de la víctima o un familiar o adulto responsable. Otra es la detección a partir de actores institucionales en la escuela o el sistema de salud. En este último caso es obligación de los profesionales de la salud actuar para proteger los derechos de niños/as y adolescentes. Sus acciones deben estar destinadas a “promover el bienestar integral más que a impulsar o enderezar el trámite legal de la violencia sexual, lo cual requiere de competencias jurídicas que exceden las incumbencias de las ciencias de la salud y que pueden desenfocar las buenas prácticas clínicas”³² En este sentido, es importante tener en cuenta la diferencia entre comunicación y denuncia. La denuncia es un acto jurídico por medio del cual se informa a las autoridades policiales o judiciales sobre la existencia de un delito. La comunicación administrativa es un acto jurídico por el cual se pone en conocimiento de las autoridades administrativas una situación sobre la que tiene competencia. La comunicación sirve para integrar equipos de intervención interinstitucional para abordar de forma integral la atención de la salud de

³² Ministerio de Salud de la Nación (2015) “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

niños/as y adolescentes en las esferas físicas, psíquicas y sociales, especialmente las últimas.³³

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

Había que ver la seguridad de la nena porque el abusador era el tío, el tío había venido el fin de semana a verla a la nena. Ese fue el caso por el cual se habló del protocolo, buscábamos el protocolo, el protocolo no estaba en ningún lado, ni siquiera acá. Nosotros tampoco lo tenemos al protocolo, nadie de esta institución tenía o sabía del protocolo.

Hay un protocolo, que lo desconocemos absolutamente todos, todos desde el que ingresa al paciente en la guardia, nosotros, servicio social, y el jefe..

Hay un protocolo de Nación, ese protocolo lo tienen en el servicio de Toco y también acá. Lo conozco porque yo fui a una capacitación del Programa de Salud Sexual que se hizo en Tartagal, hará como dos años en tres módulos del Programa en general y ahí, entre otras cosas, porque era un poco de todo del Programa de Salud Sexual ahí estaba también el protocolo. Después este año se replicó, lo mandaron de nuevo vía mail todo el tema del protocolo y las intervenciones supongo yo por el caso de la niña Wichí de 12 años. Y yo le planteé al jefe de APS que lo trabajemos y lo repliquemos en los centros de salud porque es un tema que lo tiene que saber el equipo, pero que yo recuerde no se te decir, creo que acá el hospital por el protocolo de abuso no hubo capacitación, creo que no, a lo mejor sí y yo no me entere.

En las instituciones de salud los equipos están más habituados a recibir situaciones de abuso “reciente” no vinculadas a 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 las niñas y adolescentes. La intervención del personal policial es muchas veces señalada como un momento de revictimización, ya que se intenta obtener datos

³³ Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación y UNFPA “Lineamientos sobre Derechos y Acceso de los y las adolescentes al sistema de salud”, 2016.

detallados a través de la reconstrucción de la escena sin un encuadre contenedor. Se ha llegado a tomar testimonio en situación de trabajo de parto.

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. Ya se ha tratado en este informe la cuestión de la indagación respecto a las circunstancias en torno al origen del embarazo donde resulta clave el rol de médicos/as, obstétricas y enfermeros/as como primer filtro.

Reiteradamente los profesionales de la salud expresan que las niñas y adolescentes “no hablan” y los adultos acompañantes lo hacen por ellas. Esto exige una dedicación especial para analizar cada caso, así como la lectura del lenguaje no verbal y la generación de espacios sin presencia de terceros.

Me pasó en (...) que venía una chiquita por guardia, con signos de traumatismo, ya tenía un embarazo avanzado, incluso yo ya la conocía embarazada. Ya venía con 3, 4 meses de embarazo, cae de vuelta con signos de traumatismo en la zona. Ella no hablaba, yo hablaba y me contestaba la madre, me contestaba la madre, sobre el pucho, le preguntaba y ahí nomás me contestaba, no dando ni tiempo a que la menor me responda. En esos casos si, en esos casos sí, bueno, pedir que venga el médico legista, porque yo no soy médico legista, yo puedo suponer que puede haber una violación, pero no puedo yo afirmarlo, pero si veo traumatismo, lesiones, desgarros, cambio de actitud de la chiquita, es muy notorio.

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

La paciente directamente no quiere hablar del tema, pero me doy cuenta por ahí con situaciones, por ejemplo, llegar con el padre, padre la mira, no la deja hablar. Como que ya estás viendo por qué él no la deja hablar o cuando le hago preguntas que quizá lo llegan a complicar... hay pautas que a mí me dan como que el que produjo eso fue este señor... Pero al no dejarla hablar, al querer estar todo el tiempo, no dejarme sola con ella, porque muchas veces la quise revisar y le pedí que me espere afuera, justamente porque por ahí como padre, a la chica le puede dar pudor por ser el papá, no dejarla que la revise sin la presencia de él... Esas cosas que te llaman la atención, como que se esconde algo. Como que el la mire y ella lllore, o que le tenga miradas de miedo, pero vos no podés hacer nada ante esto! Es más, tuve un momento, después ya que le realizaron todo, tuve un tiempo para estar con ella, pero lo único que me hacía era llorar y nunca una contestación, que por ahí le hice preguntas

directas, y apretarte la mano con esa impotencia de decir, se me ocurría que con el silencio me decía “no puedo hablar, no puedo hablar”, miedo. Pero vos no podés hacer nada ante eso, más que por ahí hablarlo con el director, pero que legalmente si ella no lo denuncia.

Otras situaciones, como el siguiente caso capturado de la historia clínica, muestran numerosos y evidentes signos de alarma (ausencia de control prenatal, VDRL positiva, muerte del recién nacido, antecedentes de prostitución y abuso). Se notifica a las autoridades judiciales, se posterga el alta médica con fines de protección, pero no se logra una intervención que pueda restituir los derechos vulnerados y reducir la exposición al riesgo o al menos iniciar un tratamiento integral luego del alta posparto.

Paciente de 13 años, con estudios primarios hasta el 8vo año, soltera, sin control del embarazo, consulta por Maternidad Provincial por contracciones. En el examen, se diagnostica que es un embarazo de aproximadamente 8 meses por desarrollo en trabajo de parto. Se solicitan todos los laboratorios correspondientes.

El 12 de febrero a las 4.15 minutos, nace recién nacido masculino por parto normal, con 1.730, con una edad gestacional de tener 34 semanas, un Apgar de 3-5. El recién nacido queda internado en neonatología.

Los días siguientes, presenta el control de puerperio con buen estado general, se espera los laboratorios. Se realizó una consulta con psicología y con servicio social, las cuales informan que la paciente está lúcida, orientada en tiempo y espacio, impresiona no comprender plenamente la situación por la que atraviesa. Se la estimuló para que acuda al servicio de neonatología para solicitar informe médico. No se refiere en su discurso simbolización del recién nacido. Vagas referencias en relación al padre del bebé.

Cuenta con acompañamiento familiar, se entrevista a la madre de la paciente, para confeccionar informe que será enviado a Dirección de Infancia y Adolescencia.

Se informa a Unidad Judicial previo aviso a la Dirección de la institución.

Paciente queda tranquila, en compañía de su madre. Con antecedentes de institucionalización por prostitución y abuso entre signos de pregunta.

El día 13, se realiza el control de la paciente en la sala, también con buen estado general. En este momento se decide el alta de la paciente, pero se espera un informe de Asesoría Legal para el alta.

Los laboratorios informan VDRL positiva, se indica tratamiento. El día 13 se por sugerencia de Asesoría Legal deberá permanecer en la institución para seguimiento y evolución de Dirección de Infancia y Familia.

El día 14, la paciente presenta una evolución donde no hay nada relevante en cuanto a lo obstétrico, se encuentra en buen estado en general; la evolución refiere, paciente de 13 años, tercer día de evolución puerperio parto normal, permanece internada por causa judicial. Sífilis confirmada, comenzó tratamiento, se informa recién nacido fallecido. Se inhibe la lactancia. El mismo día se realiza una interconsulta con psicología, donde refiere que la paciente está lúcida, orientada en tiempo y espacio, con consciencia en relación al fallecimiento del bebé, paciente en condiciones de continuar con tratamiento ambulatorio.

El mismo día se hace un seguimiento con servicio social.

El 16 la paciente permanece en la institución por causa judicial. El mismo día se realiza una consulta con psicología donde dice paciente lúcida, orientada en tiempo y espacio, con conciencia de situación, presenta ansiedad con relación al alta institucional. Se realizó entrevista con la madre de la paciente y se ofrecieron horarios de atención por consultorio externo en la institución.

El mismo día la HC refiere paciente que no se dispondrá su externación hasta tanto se disponga la misma por parte de la Dirección de Infancia y Adolescencia, o hasta que se notifique a esta Maternidad por parte del Juzgado interviniente previa remisión de orden judicial dispuesta mediante oficio.

0El día 17, como continúa internada por causa judicial, se le coloca un implante subdérmico como método anticonceptivo.

En una evolución de psicología dice que fue por guardia refiere paciente ansiosa manifiesta dolor por la muerte del bebé. Se observa dificultad para un relato cronológico de lo sucedido. Se observa incapacidad para cuidado personal, en la entrevista con la madre se observa descuido y descontrol, pasividad y conciencia en determinadas situaciones. Se realiza el informe para trabajar en conjunto con la Dirección de Infancia y Adolescencia.

El día 17, la evolución de servicio social refiere que en el día de la fecha se presenta personal perteneciente a la Dirección de Infancia y Adolescencia para ser internada en Hogar de Niñas.

[Integrantes de la comisión de mortalidad infantil visitaron la casa de la niña. Ella vive actualmente con la madre. Si bien fue referenciada al CAPS para tratamiento psicológico, no ha ido, la contrarreferencia no

funciona. Según la madre el abusador de la niña es un amigo de la familia de 61 años]

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 sí 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, más afianzada 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 dos de las provincias parte del estudio, aunque no están presentes en toda la provincia.

En el caso de una de las jurisdicciones, 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. Este equipo se ocupa de trasladar a la víctima al hospital o al servicio de salud más cercano para que se aplique el Protocolo Único para el examen de víctimas de abuso sexual, el cual debe ser realizado una única vez y cuyo fin será, entre otras acciones, proteger a la víctima de infecciones de transmisión sexual, aplicando el protocolo de prevención para ITS Y VIH y diagnóstico de embarazo, así como recabar información con el objetivo de identificar al agresor. Procura evitar la reiteración de situaciones de interrogatorios y declaraciones.

Los entrevistados del ámbito jurídico siguen los procedimientos establecidos en las normas y sus acciones se enfocan en los procesos penales de persecución de delitos.

Yo lo veo muy fácil porque se aplica el código, o sea, no hay mucha variedad, acá hay una denuncia, interviene el juez, el fiscal, se hace un examen, y todo está apuntado a que salga una sentencia, o sea, estamos en la instancia judicial acá. No estamos en que sí, a ver si el médico de 2 a 4, si la embarazada puede acceder en todos los momentos en que tenga algún síntoma, no estamos en esa instancia, estamos en la parte judicial, qué es distinta quizás a las otras, entonces acá se actúa así, y cómo todos los delitos tienen que coincidir con el código penal para ser delito, está muy reglado ya por un código (pediatra de Juzgado de menores)

La policía actúa cuando se radica una denuncia por abuso. Como institución vertical y jerárquica sus funcionarios actúan únicamente siguiendo órdenes. El mecanismo es comunicar denuncia a fiscalía y seguir las indicaciones del fiscal.

Hay un protocolo, cómo se toma la denuncia, qué es lo que se tiene que secuestrar, cómo se tiene que hacer, qué hay que hacer. O sea, las instrucciones impartidas por el fiscal, pero los protocolos básicos ya sabemos nosotros, la denuncia, la prueba de las prendas, la parte que hay que llevarla al médico, los psicólogos, todo eso lo básico (Comisario)

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 su 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.

Por otro lado, 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.

Si hay que hacer una intervención, a lo mejor viene un niño, una niña y dice que le pasó algo, ¿cómo vamos a actuar a nivel legal, si es algo hacia el interior de la familia? Ahí no tenemos las herramientas para operar, para decidir qué vamos a hacer, necesitamos un psicólogo, un asistente social, alguien que nos de todas esas herramientas, un abogado

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 el programa 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 Niños/as y adolescentes.

8. Conclusiones

La ocurrencia de un embarazo antes de los 15 años evidencia múltiples vulnerabilidades y genera múltiples riesgos. Es tal vez uno de los fenómenos donde convergen con mayor crudeza la exclusión, las inequidades, la violencia y la injusticia. Los relatos de casos develan situaciones de extrema vulnerabilidad que se complejizan con la ruralidad, el aislamiento, el desamparo y las carencias emocionales.

Los/as operadores estatales de los distintos sectores e instituciones entrevistados en este estudio perciben la vulnerabilidad social como el denominador común de la problemática. Asimismo, expresan actitudes adultocéntricas, prejuiciosas y clasistas respecto de las adolescentes que se embarazan a temprana edad.

Se hace hincapié en la insuficiente implementación de la educación sexual integral en el ámbito escolar, pero más allá de eso no se observa reflexión sobre obstáculos o vacíos por parte del aparato estatal, y en especial del sector salud. La visión generalizada es que los anticonceptivos están disponibles pero que los/as adolescentes no los utilizan porque son “naturalmente” irresponsables. Las entrevistas no profundizaron en esta línea, pero cabe preguntarse cuál es la reacción habitual de esos mismos profesionales de la salud frente a la consulta de una adolescente menor de 15 años que solicita anticoncepción.

Todos los centros de salud y hospitales cuentan con métodos anticonceptivos. Los entrevistados/as señalan la anticoncepción posparto, incluyendo los métodos de larga duración, como una práctica instalada. Si embargo, la prevención del primer embarazo no parece poder alcanzarse en la misma medida.

Las instituciones de salud no disponen de pautas predefinidas para el abordaje de niñas y adolescentes embarazadas que incluya la exploración de las circunstancias en que se originó el embarazo. Muchos profesionales encarán este recorrido de acuerdo a sus conocimientos y sensibilidades personales, mientras que otros se abstienen de indagar y lo tratan como un “embarazo ordinario”. La escasa verbalización por parte de adolescentes y niñas en el marco de la consulta y el protagonismo de las voces adultas que “hablan o

responden por ellas” es un desafío para los equipos de atención que refuerza la necesidad de dotarlos de habilidades para el trabajo con adolescentes. En general todos los prestadores procuran tener un espacio con la adolescente libre de la interferencia de terceros. Los espacios diferenciados de atención de adolescentes muestran un manejo más integral e interdisciplinario que los servicios generales.

Existe consenso sobre la falta de un registro formal de los casos de abuso sexual, pero la experiencia asistencial da cuenta de una magnitud preocupante. Poner en cifras los abusos implica visibilizar, nombrar y sobre todo politizar estas cuestiones que, en muchos sectores, continúan siendo un problema que no trasciende el ámbito familiar o barrial. El abuso suele ser intrafamiliar y sostenido y sale a la luz con el embarazo.

La articulación entre el sistema de salud y el sistema de justicia y de protección de derechos de niños/as y adolescentes está presente cuando se detectan o reportan situaciones de abuso sexual. Los actores institucionales, mecanismos y respuestas son variables y dependen de la estructura de cada jurisdicción. Coexisten abordajes del paradigma tutelar con el paradigma de protección. No hay rutas lineales o uniformes, pero en general las acciones se orientan más a la acción penal que a la restitución de derechos y reducción de riesgos.

El diagnóstico del embarazo y su captación en el sistema de salud suele ser tardío por motivos de desconocimiento, rechazo, ocultamiento, vergüenza y temor. No es un hecho extraordinario que una niña o adolescente y su entorno familiar ignoren su estado de gravidez hasta que se concreta el parto. La falta de control prenatal suma riesgos a los que ya existen por la corta edad y genera consecuencias severas para la salud y la vida de la joven y del recién nacido.

El seguimiento integral posparto es tal vez uno de los elementos más críticos de la atención y constituye un desafío para el sistema de salud y su articulación con otros actores y organismos del Estado. El rol del sistema de salud parece concluir con un parto satisfactorio y un recién nacido sanos, de allí en más el acompañamiento y seguimiento es mínimo.

La interrupción legal del embarazo, tanto bajo la causal salud como la causal violación, es aplicable en situaciones de embarazo en menores de 15 años. No obstante, se observa un enorme silencio y vacío respecto a esta opción por parte de los equipos de salud que por cuestiones individuales no lo contemplan como un elemento constitutivo del abordaje integral de estos casos. Aun en ese contexto, es posible identificar algunas iniciativas incipientes comprometidas con la práctica de ILE, con grados variables de institucionalidad, visibilidad y apoyo. Una barrera importante es la edad gestacional avanzada a la que se detectan los embarazos y los protocolos hospitalarios o ministeriales restrictivos que

establecen el plazo máximo en las 12 semanas contradiciendo la normativa nacional.

9. Recomendaciones

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.

Tanto por sus causas como por sus consecuencias, el embarazo antes de los 15 años 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 15,5 años³⁴. 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 opresivo y violento con las mujeres.

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.

³⁴ 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 para que niños/as y adolescentes sepan que pueden contar lo que les pasa.

La detección de niños/as y adolescentes que han sido o son víctimas de abuso sexual depende fundamentalmente de escucharlos/as y reconocer señales en su comportamiento. En muchas ocasiones su palabra es la única evidencia, por lo tanto, es imprescindible prestarles atención, privacidad y escucharlos/as sin juzgar. Sin detección no habrá tratamiento ni medidas de protección posibles³⁵.

Respecto a las explicaciones culturalistas de la realidad del embarazo en menores de 15 años en comunidades originarias, si bien es necesario que los equipos de salud adopten una perspectiva intercultural para saber escuchar y atender las necesidades de salud de las comunidades, se entiende que los derechos humanos son el piso inamovible desde el cual se plantea toda política. En otras palabras, no existe argumento válido alguno que relativice el consentimiento de niños, niñas y adolescentes, o que tolere el abuso sexual como práctica cultural en ningún caso.

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.

Figura 2. Intersectorialidad en la prevención del embarazo en menores de 15

³⁵ UNICEF “Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos”, 2016.



Fuente: Elaboración propia

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 acordes. Aquí el rol de la escuela es central, y debe tenerse en cuenta también cómo llegar a las adolescentes aisladas geográficamente, las de comunidades originarias, 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 de tipo clínicas, deben aportar los fundamentos legales y herramientas operativas para la atención. Toda niña o adolescente menor de 15 años deber 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.

Las pautas específicas para el abordaje desde sector salud como mínimo deben incluir:

- Canales directos que vehiculicen a los centros de salud los casos detectados en la escuela o comunidad.
- Consulta inicial, confidencialidad, privacidad, escucha activa, espacio libre de interferencia de terceros.
- Indagación en torno al origen del embarazo, sondeo de posible abuso sexual.
- Abordaje interdisciplinario (clínica médica, obstetricia, psicología y trabajo social).
- Articulación con el sistema de protección y sistema judicial en los casos de abuso. Se deben brindar las especificaciones pertinentes para los dispositivos en casos de menores de 13, y los de adolescentes de 13 a 14 años.
- Articulación entre niveles de atención. Referencia a segundo/tercer nivel.
- Direccionar a servicios de adolescencia cuando estén disponibles. 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.
- Notificación a los programas provinciales de Salud Sexual y Adolescencia para seguimiento de casos específicos
- Asesoramiento y oferta de ILE por causal salud integral y violación de acuerdo al protocolo nacional sin plazos arbitrarios.
- Acceso inmediato a métodos anticonceptivos post-evento obstétrico.

- Circuitos de contrarreferencia trazados con reportes y seguimiento pautado.
- Articulación intersectorial para seguimiento post alta (reinserción escolar, retorno seguro al hogar, acompañamiento de adolescentes que dan recién nacido en adopción).

Por último, este estudio constituye una primera aproximación a una temática que ha sido poco abordada hasta el momento. Surgen a partir de aquí diversos interrogantes para profundizar en futuras investigaciones que aborden campos temáticos como la sexualidad en la adolescencia temprana, la implementación e impacto de la ESI, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la adolescencia temprana, el tratamiento de niñas y adolescentes que sufren violencia sexual, el impacto del embarazo temprano en las vidas de las adolescentes y sus familias. También es importante el registro y sistematización de datos como la edad del co-gestante (dato que se dejó de registrar), los casos de embarazos producto de abuso sexual sospechados y confirmados y las interrupciones legales de embarazo.

10. Bibliografía

Artículos y libros académicos

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

Casas, X. Cabrera, O. Reingold, R. Grossman, D. (2015). *Vida 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.sguruquay.org/documentos/6factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf>

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

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