

Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años

Aportes de evidencia socio-sanitaria
y jurídica en la región

Juan Carlos Escobar
Sonia Ariza Navarrete
Victoria Keller

Diciembre 2019



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años

Aportes de evidencia socio-sanitaria
y jurídica en la región

Juan Carlos Escobar
Sonia Ariza Navarrete
Victoria Keller



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro – CLACAI

© **Consortio Latinoamericano Contra
el Aborto Inseguro (CLACAI)**

Secretaría Ejecutiva alojada en
PROMSEX

Av. José Pardo 601 Oficina 604,
Miraflores, Lima – Perú

(511) 4478668

susana@promdsr.org

www.clacai.org

Autoría: Juan Carlos Escobar, Sonia
Ariza Navarrete, Victoria Keller

Diseño: Magdalena Fumagalli | FRE

**Embarazo y maternidad en niñas y
adolescentes menores de 15 años**

Diciembre 2019

Contenidos

06 Introducción

08 - Metodología

SECCIÓN 1

10 Epidemiología y factores condicionantes del embarazo y aborto en la adolescencia temprana en AL y el Caribe

10 1.1 | Datos epidemiológicos

10 1.1.a | Fecundidad adolescente temprana

14 1.1.b | Abuso sexual

15 1.2 | Modelo socioecológico de factores asociados al embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años

17 1.2.a | Nivel macro/Sociedad

17 - Eje del orden social de género

18 - Eje de desigualdad económica y social

20 1.2.b | Nivel Comunitario

23 1.2.c | Nivel de Relaciones

25 1.2.d | Nivel Individual

27 1.3 | Impacto del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años

27 1.3.a | Salud física

29 - Aborto inseguro

30 1.3.b | Salud mental y social

SECCIÓN 2

32 Regulaciones normativas y protocolos para el acceso al aborto seguro en niñas víctimas de violencia sexual

34 2.1 | Barreras específicas que enfrentan niñas y adolescentes para el acceso al aborto seguro

35 - Barreras legales

36 2.1.a | El modelo de aborto a demanda o modelo de plazo mixto

37 - Ciudad de México

37 - Uruguay

39 - Cuba

-
- 39 2.1.b | El modelo de permisos
40 - Colombia
43 - Argentina
45 - Bolivia
47 - Chile
48 - México
48 - Perú
48 - Brasil
- 50 2.1.c | Regímenes muy restrictivos del aborto legal
50 - República Dominicana
51 - Guatemala

52 2.2 | Estrategias regionales

54 2.3 | Observaciones sobre las regulaciones analizadas

SECCIÓN 3

58 Recomendaciones

59 3.1 | Recomendaciones generales

60 3.2 | Recomendaciones para el desarrollo de pautas regionales de abordaje

61 3.2.a | Criterios generales para el abordaje de embarazos en N/A menores de 15 años.

61 3.2.b | Enfoque para la atención integral de la salud de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas

62 3.2.c | Puntos críticos para el diseño de una Hoja de Ruta de abordaje

62 - Detección del embarazo

63 - Consejería en derechos y opciones

64 - Anticoncepción pos-evento obstétrico

65 - Seguimiento integral

65 3.3 | Método de control por la escasa evidencia disponible de la región

67 Anexo I

Introducción

El embarazo en las niñas y adolescentes (NyA) menores de 15 años y el abuso y la violencia sexual como potencial causa de estos embarazos, constituye un problema sanitario y de derechos humanos, que conlleva graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales. Por esto, CLACAI propuso desarrollar un documento de análisis del embarazo en niñas menores de 15 años, de carácter regional, que fundamente el desarrollo de protocolos de aborto legal en casos de embarazo en NyA menores de 15 años; desde las perspectivas de salud pública y derechos humanos¹.

La adolescencia, período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad (OMS), es una etapa crítica de desarrollo biofísico y psicosocial de las personas, determinante de la trayectoria de vida futura de las mismas, dado que allí se da un proceso de cristalización de las capacidades acumuladas desde la primera infancia y, en paralelo, de inicio de la transición a la vida adulta. La maternidad en la adolescencia se configura como un elemento particularmente relevante, dada las responsabilidades que conlleva y el impacto que tiene sobre hitos de transición, como la inserción laboral y la terminalidad educativa. Es además, un factor crítico que refleja y perpetúa las inequidades de género y muestra mayor incidencia en los hogares de menores recursos².

Para analizar el embarazo en esta etapa de la vida, es clave diferenciar según rango etario, tanto desde el punto de vista de las causas como de las consecuencias. Así podemos considerar dos periodos: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la tardía

1. Este documento se enmarca en el producto 1 definido por los términos de referencia de la consultoría, que consiste en analizar y sistematizar la evidencia epidemiológica y la normativa disponible relativa al embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años en la región. El propósito del mismo es

fundamentar el desarrollo de protocolos de acceso a aborto en este grupo etario.

2. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (2017-2019). Argentina

(15 a 19 años). Mientras que las investigaciones y políticas públicas han abordado históricamente al embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, los esfuerzos hacia las más jóvenes son aún escasos e insuficientes. En nuestra región, los indicadores de fecundidad en NyA menores de 15 años son de los más altos en el mundo. Por ello, esta situación requiere una mirada especial, no sólo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad; sino porque a menor edad, mayor es la ausencia de poder de decisión en las circunstancias en las que se da el embarazo, develando las enormes inequidades de género que afectan a las mujeres, y en particular a las NyA.

Por otro lado, el preconcepto acerca de que el embarazo no intencional³ en la adolescencia es responsabilidad principalmente de las adolescentes ha llevado al fracaso a incontables políticas públicas para su reducción. Esto cobra una relevancia especial en los embarazos en menores de 15 años, donde se reportan mayor prevalencia de situaciones de abuso (o de abusos previos) a la integridad física y sexual de las NyA⁴. Por su vinculación con la pobreza, la exclusión social, la violencia sexual y de género y el matrimonio o unión precoz, afecta de manera desproporcionada a las adolescentes que ya están marginadas; y se ve agravado por la falta de acceso a una educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los anticonceptivos modernos⁵. En este sentido, el embarazo en la adolescencia temprana es la suma de una conjunción de factores que surge menos de la decisión de las niñas/adolescentes que de las limitaciones estructurales.

Países como Colombia, Argentina y Uruguay, que en los últimos años han implementado programas multisectoriales, basados en la evidencia científica para abordar el embarazo en la adolescencia, han logrado disminuir la tasa de fecundidad adolescente tardía. No obstante, no se observan los mismos resultados en la tasa de menores de 15 años.

La conjunción de estos factores merece un análisis específico que involucra múltiples niveles: desde los abordajes que brindan los servicios de salud, hasta los contextos culturales, sociales y legales donde la maternidad temprana no es cuestionada. Para ello, en este documento utilizaremos una adaptación del modelo socioecológico del embarazo en la adolescencia (ver gráfico 1), focalizado en menores de 15 años. De acuerdo con dicho modelo, los determinantes pueden identificarse en el nivel individual (coerción sexual, desarrollo de autonomía en contextos de vulnerabilidad

3. La categoría de "no intencional" puede incluir un espectro de situaciones que van desde embarazos producto de abuso a los que son resultado de uso inadecuado o falla de MAC. Es equivalente a la de "no planificado" utilizada por el Sistema Informático Perinatal (SIP).

4. Embarazo y maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas pública. UNICEF, 2017.

5. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.) OPS/UNFPA/ UNICEF. ISBN: 978-92-75-31976-5

social, socialización orientada a la maternidad como única forma de valoración adulta); en el de las relaciones (vínculos familiares, uniones tempranas); en el comunitario (insuficiencia o ausencia de educación sexual integral, servicios de salud expulsivos e inaccesibles para adolescentes, tolerancia social hacia las uniones tempranas); y en el nivel nacional (legislación restrictiva para acceso a métodos anticonceptivos y aborto, normas de género fuertemente patriarcales, crisis económicas y desigualdad social).

Este documento analiza la información relativa al embarazo y la maternidad en NyA menores de 15 años, tanto desde el punto de vista epidemiológico y de los factores condicionantes; como desde los marcos legislativos y estrategias sanitarias para el abordaje de los mismos y el acceso a aborto seguro. Para ello, se presentan tres secciones: en la primera, se describe de manera general el problema con base en la evidencia epidemiológica de la región, teniendo en cuenta la multifactorialidad del mismo. En la segunda parte, se realiza una descripción analítica de regulaciones nacionales y subnacionales, así como documentos técnicos elaborados por algunos Estados para el abordaje del embarazo en NyA menores de 15 años. Por último, en la tercera sección se plantean conclusiones y recomendaciones para la construcción de propuestas regulatorias integrales con enfoque de género e interculturalidad, para el abordaje institucional del embarazo en NyA menores de 15 años.

Metodología

La información que aquí se presenta se obtuvo mediante una revisión no sistemática de la bibliografía en las bases de datos: Bireme, Lilacs, MedLine, EngenderHealth, Population Council . De igual forma, se buscaron artículos y estadísticas a nivel regional en las páginas web de UNICEF, OMS, OPS, CELADE/CEPAL, UNFPA, IPAS, CLADEM, páginas web de Censos y Poblaciones, de Estadísticas Vitales en los ministerios/secretarías de salud de los países de la región. Por otra parte, se consultaron funcionarios y referentes de salud de diversos países de la región para complementar información estadística.

Se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), tales como “embarazo”, “adolescencia”, en español, inglés y portugués para la búsqueda en bases de datos de los buscadores científicos.

Por considerar la edad fértil de una mujer de 15 a 49 años, los estudios específicos sobre embarazo adolescente se centran en su enorme mayoría en el rango de 15 a 19⁶; más aún, muchos estudios toman el rango 10-19 como un todo homogéneo, sin observar las diferencias hacia dentro de este período, lo que redundaría en una invisibilización de las más jóvenes.

Se agrega la dificultad de que no existe un descriptor específico sobre embarazo en esta franja etaria para las búsquedas bibliográficas; el descriptor “embarazo

adolescente” se enfoca, como señalamos, en el rango 15-19. A pesar de esto, en los últimos años el embarazo en NyA menores de 15 años ha tenido mayor visibilidad tanto mediática como socialmente, y se ha convertido en una preocupación social y de política pública.

La segunda sección de este documento se desarrolló a partir de la revisión de estudios acerca de las barreras legales que enfrentan las NyA para acceder al aborto legal en el mundo.

Se revisaron las regulaciones locales de la región en materia de acceso al aborto legal, atención de embarazos producto de violencia sexual y atención de embarazos en NyA. Dentro de estas regulaciones se analizaron específicamente las pautas de atención de NyA menores de 15 años, identificando los criterios sobre capacidad civil, representación parental, consentimiento informado y derechos como pacientes. Además, se analizaron las normas específicas de protección de derechos de niñas y adolescentes para confrontar con los criterios regulatorios en casos de embarazos en esta franja etaria. Los hallazgos se presentan analíticamente de acuerdo con el modelo de regulación utilizado en materia de aborto en cada país.

6. La definición de edad fértil a partir de los 15 años supone que la adolescente tuvo su menarca para esa edad (12.13 años). FLASOG (2011, P.13)

Epidemiología y factores condicionantes del embarazo y aborto en la adolescencia temprana en AL y el Caribe

La fecundidad y maternidad en la adolescencia, entendidos como fenómenos socio-sanitarios, pueden ser analizadas a la luz de las estadísticas vitales por un lado; y por estudios específicos acerca de los factores asociados (escolaridad, salud sexual, etc.), por el otro. Por este motivo, esta sección está estructurada en tres partes: la primera, explora dos indicadores claves para el embarazo en NyA menores de 15 años, que son la tasa de fecundidad temprana, y la incidencia de abuso sexual. La segunda busca complementar esta información a través de investigaciones específicas acerca de los factores asociados al embarazo y maternidad en la adolescencia temprana, analizados a través de un modelo socioecológico que ordena los diferentes niveles de impacto (y establece relaciones entre sí). Por último, se describen las consecuencias del fenómeno estudiado tanto para la salud física de la NyA, como de su salud mental y social.

1.1 Datos epidemiológicos

1.1.a Fecundidad adolescente temprana

Existe una importante dificultad para acceder a los datos sobre la fecundidad en esta franja etaria. El embarazo en niñas menores de 15 años es un dato que por su baja frecuencia (en comparación con el resto de los grupos etarios), y por el margen de error en su registro (debido precisamente a su baja incidencia; porque son frecuentemente ocultados; con gran proporción en zonas rurales, entre otras), no ha sido incluido en las estadísticas vitales de muchos países. Por este motivo, las agencias de Naciones Unidas que compilan y editan las estadísticas vitales de los países, como OMS/OPS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, Oficina de Estadística de Naciones Unidas, y otras

como CEPAL, no suelen incluir en sus informes la fecundidad en menores de 15 años.

Otra limitación es que el indicador 'Tasa de Fecundidad' da cuenta únicamente de las niñas, adolescentes y mujeres que tuvieron un parto o una cesárea, pero no de aquellas que tuvieron un embarazo terminado en aborto (espontáneo o provocado) o muerte fetal. En ese sentido, los estudios basados en datos sobre partos utilizan ese indicador de manera indirecta para abordar el embarazo, cuya ocurrencia es mayor. Este acceso indirecto, sin indicadores específicos, abona a la invisibilización de las NyA embarazadas que abortan, reduciendo así las posibilidades de analizar su frecuencia, morbilidad, calidad de atención y otras variables claves para el diseño de políticas públicas.

Las opciones disponibles para estudiar la frecuencia del embarazo en la adolescencia son entonces con un método retrospectivo, es decir, a través de encuestas que preguntan a mujeres entre 20 y 24 años si tuvieron un embarazo a una edad más temprana (DHS - Demographic and Health Surveys- o MICS -Multiple Indicator Cluster Surveys-) o calculando la tasa de fecundidad adolescente para los años 2015/2016/2017. El primer método requiere de una muestra muy amplia por tratarse de un evento de baja prevalencia. Para los objetivos de este estudio, se calcularon las tasas de fecundidad de aquellos países de la región que cuentan con estadísticas vitales actualizadas y de acceso libre en los portales oficiales. Se tomaron la cantidad de nacidos vivos y se realizó el cálculo de la tasa de fecundidad utilizando como denominador la estimación realizada por CELADE (CEPAL), de niñas de 10 a 14 años en cada país del año 2017.

Los estudios a nivel mundial hacen uso de las encuestas de MICS y DHS. Según un análisis realizado por UNFPA⁷ en 2010, en base a estas encuestas tomadas en 54 países, se estima que 3 % de las jóvenes de países en desarrollo dieron a luz antes de los 15 años. Como se trata de encuestas retrospectivas, si en 2010 se encuestaron a mujeres entre 20-24 años si fueron madres antes de los 15 años, se trata de niñas y adolescentes nacidas entre 1986 y 1990. Al interior de las regiones en desarrollo, África occidental y central cuentan con los porcentajes más altos (6%) de los nacimientos en menores de 15 años; mientras que en Europa del Este y Asia Central, se encuentran los porcentajes más bajos (0,2%). Para Latinoamérica, la estimación es de un 2%.

En cuanto a la tendencia de este fenómeno, los datos de estas encuestas muestran un descenso en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que reportaron haber tenido un hijo antes de los 15 años (de 4 al 3%). Para analizar esta tendencia, tomaron los períodos 1990-2008 y 1997-2011. Latinoamérica y el Caribe es la única región donde la maternidad en niñas menores de 15 años creció en los dos períodos analizados (op cit).

7. UNFPA: Adolescent Pregnancy. A review of the Evidence. Edilberto Loaiza and Mengjia Liang.

Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf

Una proyección en el número total de mujeres de 20-24 años que se habrán convertido en madres antes de los 15 años para el 2030, realizada por el citado informe, estima que la tendencia en Latinoamérica será estable (500.000), mientras que África Subsahariana crecerá hasta 3.000.000, y en Asia será un leve incremento, llegando a un número similar al de África.

A continuación presentamos la tasa de embarazos en menores de 15 años en la región de acuerdo con los últimos datos disponibles. Es importante tener presente que dado que los países de la región de las Américas tienen sistemas de estadísticas vitales de cobertura y calidad diferentes, se deben interpretar los datos teniendo en cuenta esta condición, dado que pueden aparecer problemas de comparabilidad que no pueden ser salvados metodológicamente.

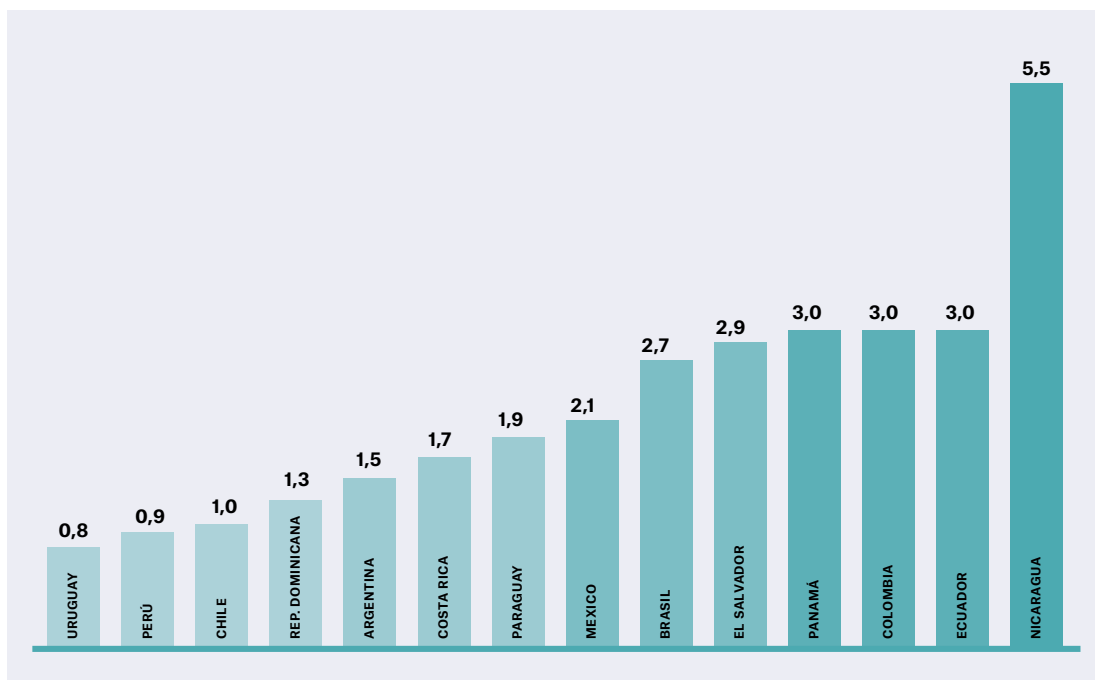


Tabla 1. Tasa de fecundidad temprana (10-14) años en países de Latinoamérica y El Caribe, circa 2017.

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas oficiales (se detalla abajo) y las estimaciones poblacionales de CELADE/CEPAL⁸

Según lo reflejado en la tabla, la media para la región es de 2,2 nacimientos x 1.000 niñas entre 10 y 14 años; no obstante, dicho cálculo podría ser enriquecido con los datos de los países cuyas estadísticas no están disponibles. Tampoco es posible compararlo con una media global, pues el dato de fecundidad temprana no es recopilado y sistematizado de manera desagregada por los motivos arriba expuestos.

El dato de embarazo no planificado es un indicador que complementa al de fecundidad adolescente temprana; la región alcanza la proporción más alta a nivel global: 65% de embarazo no planificado en menores de 15, cuando la media global es de 36% (África un 36% y Asia un 21%)⁹. Este dato no obstante es modesto cuando se lo compara con los del Sistema Informático Perinatal, que releva los nacimientos ocurridos en las maternidades públicas de algunos de los países de la región. Para Argentina, la proporción de embarazo no planificado en menores de 15, por ejemplo, es de un 83,5% (2010-2015)¹⁰. En Brasil, la proporción varía entre 50 y 70% (el último para zonas rurales), para embarazo entre 15 y 19 años, con lo cual podemos deducir que el porcentaje para menores de 15 puede ser mayor. Proporciones similares se encuentran para el resto de los países del Cono Sur¹¹.

8. Uruguay: Redatam Uruguay (http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VI-TAL_NAC&lang=esp)

Perú: Ministerio de Salud - Provisto por referente

Chile: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (<https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EV&lang=esp>)

Rep. Dominicana: Oficina Nacional de Estadística (<https://www.one.gob.do/demograficas/estadisticas-vitales/nacimientos>)

Argentina: Dirección de Estadísticas e Información de Salud- Secretaría de Salud - Ministerio de Salud y Desarrollo Social (<http://www.deis.msal.gov.ar/>)

Costa Rica: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (<http://www.inec.go.cr/poblacion/nacimientos>)

Paraguay: Ministerio de Salud Pública y bienestar Social (<https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/estadisticas%20vitales%202017/Triptico%202017.pdf>)

México: Consejo Nacional de Población. "Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016" en La situación demográfica de México 2017.

Brasil: DataSUS Brasil. (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>)

El Salvador: Dirección General de Estadísticas y Censos (<http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/poblacion-y-estadisticas-demograficas-vitales/documentos-vitales.html>)

Panamá: Instituto Nacional de Estadística y Censo. (Provisto por referente)

Colombia: DANE Colombia (<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2017>)

Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Provisto por referente)

Nicaragua: MINSA. Base de Datos de nacimientos 2005 al 2013. Citado en: OPS. El Embarazo Adolescente. Boletín Informativo. Julio 2015. Nicaragua: MINSA. 2015, págs. pp. 7-8.d Population 2013 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>)

9. Cálculos específicos en base a encuestas DHS, MICS y RHS para el estudio: Woog V y Kagesten, A. The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10-14 in Developing Countries: What does the evidence Show?. Guttmacher Institute

10. SIP Argentina. Datos provistos por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Sin publicar.

11. Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda en común. UNFPA 2016.

1.1.b Abuso sexual

Para completar el panorama epidemiológico de esta problemática, es necesario destacar el peso que tiene la incidencia del abuso sexual en niñas y adolescentes, asociado al embarazo a esta edad. No obstante la magnitud que se supone que tiene esta problemática en América Latina y el Caribe, los esfuerzos para registrarla son aún parciales e incompletos. En muchos casos, los registros se hacen desde los ministerios de justicia, tomando en cuenta las denuncias realizadas; lo que deja por fuera los eventos no denunciados, que como se supone en niños, niñas y adolescentes, son la vasta mayoría. Otros registros se basan en encuestas, que si bien pueden acercarnos a la prevalencia del dato, tienen las limitaciones propias del muestreo y del dato cuantitativo. Por último, los centros de salud y hospitales que reciben a víctimas de abuso sexual no llevan un registro sistematizado, y las estadísticas de salud no compilan su incidencia a nivel país.

Con estas consideraciones en mente, sabemos que solo es posible tener aproximaciones parciales sobre la prevalencia de abuso sexual a partir de diferentes fuentes. Con este propósito, el estudio de Chejter e Isla¹² para UNFPA y el Plan de Reducción del Embarazo no Intencional de Argentina sistematizaron las fuentes disponibles de abuso en la región (ver Anexo 1). Lo que observaron es que en general la información proviene de diferentes fuentes (salud, justicia, estadísticas y estudios específicos). La explicación de esto está dada no solo por la generalizada deficiencia en la producción de datos con enfoque de género en la región en distintos ámbitos, ni por la altísima cifra negra (delitos no denunciados o puestos en conocimiento de la justicia) de la violencia sexual; sino, además, por la definición legal de lo que constituye violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. Las definiciones establecidas en los códigos penales varían de país en país. En particular, hay importantes diferencias en la edad establecida para el consentimiento sexual válido (en general, se ubica entre los 13 y 15 años). Además, la interpretación de la validez del consentimiento sexual está mediada por aspectos culturales y por el enfoque acerca de la violencia sexual en distintas áreas. Por ello, se puede encontrar disonancia entre las normas penales sobre violencia sexual y las definiciones operativas que se utilizan desde, por ejemplo, el sector salud o desde las investigaciones específicas. En consecuencia, ni los datos judiciales, ni las estadísticas sanitarias pueden dar cuenta de forma satisfactoria de la magnitud del fenómeno, ni tampoco son comparables en distintas jurisdicciones, ni entre diferentes países. De todas formas, lo que permiten los deficientes datos disponibles, es conocer al menos la punta del iceberg de este tipo de violencia y generar estimaciones que permitan desarrollar políticas públicas en estos contextos de evidencia precaria.

El panorama se complejiza aún más cuando se quiere medir la relación entre abuso sexual y embarazo en la adolescencia. Como indican Gogna y Binstock en el estudio

12. Chejter, S. e Isla, V. Abusos sexuales y embarazo forzado hacia niñas, niños y adolescentes Argentina,

América Latina. UNFPA / Plan ENIA Argentina. 2018

sobre abuso sexual y maternidad infantil forzada que realizaron en Argentina en base a entrevistas en profundidad¹³, hay una proporción de estos embarazos que son producto de violación, y hay otro porcentaje que son resultado de relaciones consentidas en niñas cuyas trayectorias vitales están marcadas por diferentes grados de vulneración de su integridad sexual. Eso también es destacado por Giusti y Pantelides¹⁴, si bien no es posible saber si todos los embarazos son producto o no de relaciones forzadas, es más probable que las mismas se den en el marco de relaciones con algún tipo de desigualdad de poder, o sin que las adolescentes tengan pleno conocimiento de a qué están consintiendo o menos aún, sus consecuencias.

La pregunta acerca de quién es el agresor continúa siendo una incógnita por la falta de reporte, denuncia y registro sistematizado. No obstante, numerosos estudios, con metodologías y coberturas diferentes constatan que la mayoría de los agresores pertenece al entorno familiar y social cercano. La evidencia señala que una proporción importante son hombres conocidos por la niña: vecinos, hermanos, tíos, primos padres, abuelos, padrastros. (Camacho G. y Mendoza, 2014, Encuesta de Salud Familiar de Ecuador)¹⁵.

1.2 Modelo socioecológico de factores asociados al embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años

El embarazo en NyA menores de 15 supone no uno, sino varios factores en juego para su ocurrencia. A diferencia del embarazo en adolescentes entre 15-19 años, donde hay una proporción alrededor del 35% al 45% de planificación en varios países de la región (Sistema Informático Perinatal); en la adolescencia temprana, donde existe reporte de un 15% a 20% de planificación, supone generalmente, una ausencia de poder de control y decisión por parte de la NyA.

13. Binstock, G. y Gogna, M.: "Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años" En: Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina. UNICEF. 2017

14, Giusti, A. y Pantelides, E. A. (1991). "Fecundidad en la Adolescencia. República Argentina 1980-1985". Buenos Aires: Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, Número 11, Ministerio de Salud y Acción Social

15. Camacho, G. y Mendoza, C. (2014) La violencia de género contra las mujeres en Ecuador. Análisis de la Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra la mujer. Consejo Nacional para la Igualdad de Género. Ecuador.

En su informe anual de población del 2013 dedicado a la temática en cuestión, UNFPA¹⁶ identifica que los embarazos en NyA de 10 a 19 años no ocurren en un vacío, sino que son consecuencia de una serie de factores que se concatenan entre sí, siendo los de mayor peso la pobreza, la aceptación de uniones tempranas por parte de las familias y de la comunidad, y los esfuerzos inadecuados de mantener a las niñas en el sistema educativo. Este modelo, que corresponde al socioecológico, organiza los diferentes niveles que inciden en el fenómeno; facilitando así el debate de los múltiples factores interrelacionados que influyen en las conductas con respecto a la salud y operan a nivel del individuo, las relaciones, la comunidad y la sociedad en general.

Para los fines de este estudio, hemos adaptado dicho modelo para analizar los factores específicos asociados al embarazo en NyA menores de 15 años:

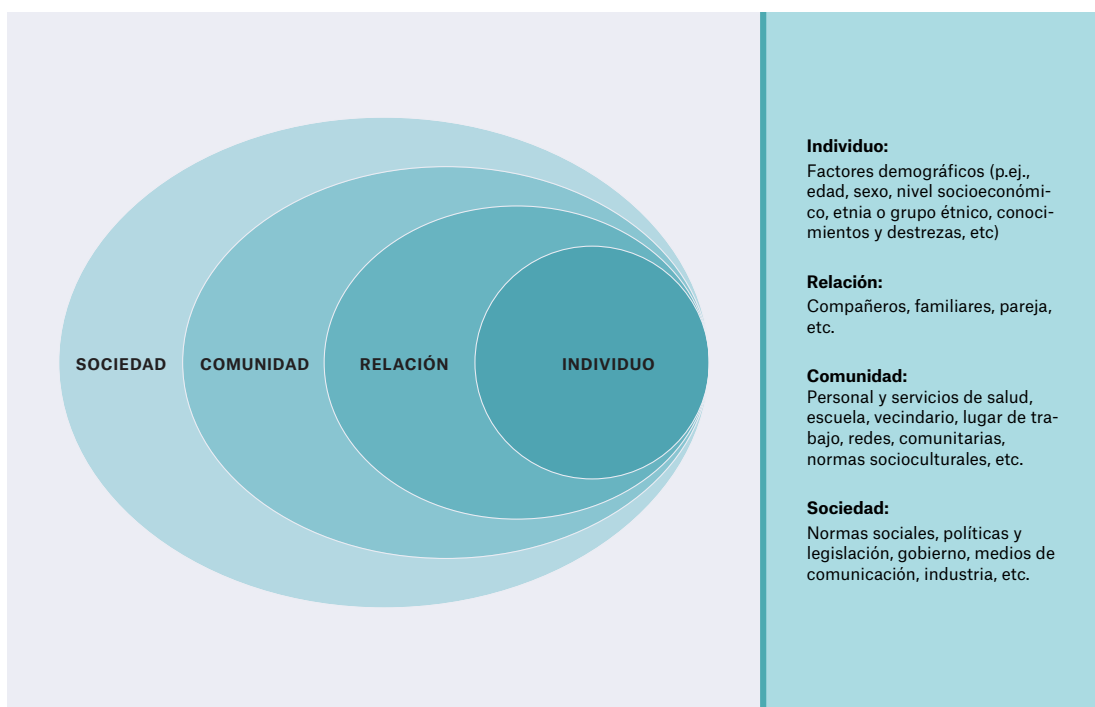


Gráfico 1. Modelo socioecológico. Fuente: EAcceleer el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. OPS/OMS/UNFPA/UNICEF. 2016¹⁶

16. UNFPA. 2013. Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2013>

17. OPS/OMS/UNFPA/UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.) ISBN: 978-92-75-31976-5

El modelo socioecológico facilita el debate de los múltiples factores interrelacionados que influyen en las conductas y que operan a nivel del individuo, las relaciones interpersonales, la comunidad y la sociedad. La utilidad de este modelo radica en la posibilidad de analizar la interrelación entre cada uno de sus niveles; entender que los aspectos individuales, por ejemplo, se inscriben en esferas o ejes más amplios, como los de la comunidad o los del nivel macro. Es necesario leer cada nivel a la luz de los otros.

Adaptar este modelo al análisis del embarazo en menores de 15 años implica observar cómo se configuran las identidades de estas niñas en contextos patriarcales, de fuertes iniquidades sociales y económicas, así como étnicas y geográficas. Este modelo permite también ver los aspectos puestos en juego en el acceso de niñas y adolescentes a sus derechos sexuales y reproductivos, como por ejemplo, el acceso a servicios de salud, a una vida libre de violencias, a educación sexual integral; o en las decisiones que toma (o son tomadas por ella) respecto a su sexualidad.

1.2.a Nivel macro/Sociedad

En este nivel, y vinculado al fenómeno en cuestión, se analizarán tres ejes: el del orden social de género; el eje de la desigualdad económica y social; y el eje normativo, que incluye los marcos jurídicos y las normas que regulan el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de NNyA. Este último será tratado en la Sección 2 de este documento.

Eje del orden social de género:

Entre los diferentes determinantes que inciden en la salud y el bienestar de los y las adolescentes, el orden social de género, caracterizando modos de ser y estar diferenciados para varones y mujeres, es clave, generando impactos en el corto y en el largo plazo.

Numerosos estudios dan cuenta de cómo el género afecta los roles, expectativas y conductas de niños, niñas y adolescentes; no obstante son pocos los que se focalizan en lo que ocurre en la adolescencia temprana (10 a 14 años). El Global Early Adolescent Study ofrece un análisis comparado del impacto de la socialización cultural de género en la salud de los y las adolescentes más jóvenes en 29 países, incluyendo algunos de Latinoamérica. Los hallazgos son contundentes en cuanto a que las influencias interpersonales que provienen de familiares y pares son centrales en la construcción de género, y que este proceso es diferente, y sobre todo, desigual, para niños y niñas¹⁸.

18. Kågesten A, Gibbs S, Blum RW, Moreau C, Chandra-Mouli V, Herbert A, et al. (2016) Understanding Factors that Shape Gender Attitudes in Early

Adolescence Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS ONE 11(6): e0157805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157805>

Este marco de referencia es central para analizar el espacio de autonomía, poder y decisión que tienen las niñas y adolescentes que crecen y se desarrollan en contextos fuertemente patriarcales. El ejercicio de una sexualidad y de una afectividad cuidada, positiva y saludable está íntimamente conectada con los valores promovidos no sólo desde las instituciones, sino también a nivel social y familiar. El desarrollo de la autonomía atraviesa las instancias en las cuales las niñas y adolescentes se relacionan con otros, pero también en las decisiones de salud que deben tomar en relación a sus propios cuerpos. Así lo demuestran los estudios de niveles de consentimiento en la iniciación sexual de NyA, de adopción y adherencia a métodos anticonceptivos, y también de decisión de interrumpir un embarazo.

Es en la autopercepción y autovaloración que las NyA tienen sobre sus cuerpos y sus futuros, que se encuentra el andamiaje entre las normativas de género y sociales, y la capacidad de agencia para tomar decisiones positivas.

El ejercicio de la autonomía en el acceso al sistema de salud encuentra mayores limitaciones cuando, por ejemplo, se les exige el acompañamiento o autorización de un progenitor o adulto como requisito para la atención. También surgen limitaciones específicas en determinadas situaciones, como las de NyA de comunidades originarias que no hablan el idioma oficial y los equipos de salud no disponen de intérpretes; o cuando no están disponibles los apoyos necesarios para niñas y adolescentes con discapacidad.

Eje de desigualdad económica y social:

La maternidad en la adolescencia en América Latina, y más aún, con el embarazo en menores de 15 se concentra casi exclusivamente en los sectores más vulnerados de la población.

Un estudio realizado en el 2012 por el Banco Mundial sobre embarazo temprano, pobreza y logros en América Latina y el Caribe¹⁹ analizó los factores de riesgo a nivel macro asociados con el embarazo en la adolescencia, y para ello utilizó datos de la División de Población de las Naciones Unidas y los Indicadores del Desarrollo Mundial. Los estudios específicos que analizan la relación entre datos de fecundidad adolescente y variables socioeconómicas coinciden en que la incidencia de maternidad adolescente es significativamente mayor en los quintiles más bajo de distribución del ingreso. Factores como ruralidad, provenir de familias con bajos ingresos y pertenecer a comunidades originarias están asociados a mayores niveles de maternidad adolescente. No es posible para cada una de estas variables atribuirle una relación de causalidad, aunque sí se trata de factores asociados o correlativos.

19. Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana,

pobreza y logros económicos. Azevedo et al. Banco Mundial. 2012.

Este estudio también analizó las encuestas DHS, y encontró que “las adolescentes que tienen más educación, viven en zonas urbanas y provienen de familias más acomodadas tienen una menor probabilidad de quedar embarazadas. Las adolescentes embarazadas son más vulnerables y más pobres que adolescentes comparables que no tienen hijos”.

Asimismo, el factor de no intencionalidad del embarazo trae luz al análisis de la fecundidad adolescente desde los datos estadísticos. Durante mucho tiempo, se asumió la deseabilidad de procreación de las adolescentes ubicadas en los quintiles más bajos de la pirámide socioeconómica con argumentos culturalistas (los supuestos beneficios que la maternidad conlleva en las más jóvenes, la imitación de generaciones anteriores). Lo que Rodríguez Vignoli demuestra, es que estas adolescentes presentan los mismos porcentajes de no deseabilidad que sus pares más acomodadas, con lo cual la explicación debe buscarse en el acceso a servicios de salud: “Dado que las diferencias observadas en la fecundidad adolescente no se deben a mayores preferencias reproductivas y que la fecundidad no deseada es alta también entre los pobres, entonces el factor diferenciador ha de ser el acceso a anticonceptivos, respecto del cual las pobres tendrían muchas más barreras”²⁰.

Varios estudios de la región ponen en evidencia la asociación entre embarazo adolescente temprano y la pertenencia a comunidades originarias y/o rurales, o grupos étnicos históricamente vulnerados. Por ejemplo, en México, las adolescentes embarazadas son más propensas a ser indígenas y provenientes de familias menos acomodadas; de la misma manera que en Perú, donde la incidencia de la maternidad adolescente es menor en el quintil más pudiente de la población que a niveles más bajos de la distribución de la renta (op.cit, 2012). Asimismo, una encuesta sobre factores de riesgo de embarazo en adolescentes de la cuenca amazónica de Ecuador²¹, en Orellana, donde un 30% es población indígena y un 70% es rural, encontró los mismos factores asociados a la maternidad temprana en América Latina que se repiten en la literatura (hogar muy pobre, tener una pariente que haya tenido un embarazo en la adolescencia, que haya vivido a lo largo de su vida en un hogar monoparental, que haya sufrido algún tipo de abuso sexual en su infancia o adolescencia y que haya tenido su iniciación sexual antes de los 15 años). Por último, un estudio sobre adolescentes entre 11 y 14 años sexualmente activas usuarias del sistema público de salud en Río de Janeiro²²

20. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Jorge Rodríguez Vignoli. CEPAL / UNFPA. 2017

21. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study / Factores de riesgo de embarazo en adolescentes de la cuenca amazónica de Ecuador: estudio

de casos y controles. Goicolea, Isabel; Marianne, Wulff; Öhman, Ann; San Sebastian, Miguel. Rev. panam. salud pública; 26(3): 221-228, set. 2009.

22. Araujo Martins Teixeira S. y, Taquette, S. “Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos / Violence and unsafe sexual activity of adolescents under 15 years of age”. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol 56 no. 4. Sao Paulo.

relevó a través de entrevistas cualitativas (muestra: 100), que un 71% se identifican como negras. De las adolescentes entrevistadas, 80% de las negras habían tenido un embarazo, en comparación a un 20% de las blancas. Por último, un estudio cualitativo realizado para Planned Parenthood Global que compara casos de 4 países de la región arriba a conclusiones similares: las adolescentes embarazadas provenían de familias pobres y extremadamente pobres, que muchas veces vivían en las afueras de las ciudades o en áreas semi-rurales o rurales²³.

1.2.b Nivel Comunitario

El nivel comunitario se compone del entorno institucional y comunitario de la NyA, a saber, los servicios de salud disponibles, la escuela, así como las normas sociales y culturales que moldean la interacción entre estas instituciones.

En el modelo ecológico, el nivel comunitario se encuentra por debajo de las normas y marcos jurídicos nacionales, porque se supone que están adaptados a un orden mayor, pero que a su vez cuentan con factores propios que operan como facilitadores y obstructores del acceso de NyA a sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Ocurre también que no estén armonizados, y que garantías planteadas en el nivel de legislación nacional se incumplen en el nivel comunitario (casos como Argentina, donde no se requiere autorización judicial para habilitar una interrupción legal del embarazo (ILE), todavía existen casos donde equipos de salud intentan judicializar la práctica). Puede suceder que el nivel comunitario opere en los grises de las legislaciones nacionales, y lleven adelante acciones no garantizadas desde el nivel nacional (por ejemplo, organizaciones de la sociedad civil que facilitan acceso al aborto seguro en estados o países restrictivos, como socorristasenred.org).

Si bien son numerosos los estudios que analizan el acceso de adolescentes al sistema de salud y generan modelos para evaluar su accesibilidad, aceptabilidad y calidad (OPS, 2018)²⁴, son pocos los que ponen en relieve ese acceso de niñas y adolescentes embarazadas.

Un estudio realizado por el Programa de Salud Integral en la Adolescencia de Argentina, donde se relevaron de manera cualitativa los abordajes institucionales en salud a NyA embarazadas en varias localidades del país, concluyó que si bien se

23. Casas Isaza, X; Cabrera O., Reingold R. y Grossman D.: Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. Disponible en: <https://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf>

24. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. OPS. 978-92-75-32013-6. Agosto 2018. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/

percibe que es necesario contar con un abordaje específico por tratarse de casos muy complejos, los equipos de salud no se sienten capacitados para afrontarlos. Los dos principales problemas son que: a) no se pesquisa acerca de si la relación sexual que resultó en el embarazo fue consentida o no, y b) se trata al embarazo como un hecho obstétrico más, considerando que un recién nacido sano y una madre ‘sana’ es una tarea cumplida. En relación a las habilidades para abordar estos casos (escucha empática, transparencia informativa activa, entre otros) los equipos de salud reportan no estar lo suficientemente capacitados. Los espacios diferenciados de atención de adolescentes muestran un manejo más integral e interdisciplinario que los servicios generales. La articulación entre las diferentes instituciones para garantizar los derechos sexuales y restitución de derechos de las niñas, sigue siendo un punto crítico. El estudio de Argentina expone que 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, aunque coexisten abordajes tutelantes con enfoques basados en derechos. El estudio da cuenta de la ausencia de rutas lineales o uniformes; en general las acciones se orientan más a la acción penal que a la restitución de derechos y reducción de riesgos²⁵.

Con respecto al rol de las instituciones educativas en la prevención del embarazo en la adolescencia, cabe señalar que, si bien los resultados en base a los datos estadísticos son contundentes en relación a la desventaja educativa de las adolescentes madres, no permiten desentrañar el rol que juega la maternidad en dicha situación. Esto es, poder discernir si el embarazo y la maternidad precipitan el abandono escolar o si estar fuera del sistema educativo acelera la ocurrencia de un embarazo temprano. En respuesta a estos interrogantes, los hallazgos cualitativos de una investigación realizada por Binstock y Gogna²⁶ en provincias seleccionadas de Argentina confirman que una parte considerable de las madres menores de 15 años ya estaba fuera de la escuela al momento de quedar embarazadas. Los motivos de este abandono se relacionan con la asunción de responsabilidades domésticas o de cuidado, la necesidad de trabajar para completar el ingreso del hogar o por involucrarse en uniones tempranas. Entre quienes todavía estaban escolarizadas, la mayoría dejó de asistir al quedar embarazada. Sus testimonios revelan sentimientos de vergüenza y situaciones de discriminación. Aunque algunas relatan actitudes de acompañamiento y cuidado por parte de la escuela, también experimentan obstáculos a su continuidad escolar durante el embarazo/maternidad. Una diferencia destacable en las

25. C PNSIA/OPS/UNFPA/UNICEF: Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Abordajes institucionales desde el sistema de salud y su articulación con educación, justicia y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2017. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001079cnt-ninas-dolescentes-menores-15-anos-embarazadas.pdf>

26. Binstock, G. y Gogna, M. "Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años" En: Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina. UNICEF. 2017

condiciones de asistencia escolar entre las madres adolescentes se refiere al hecho de convivir en pareja y/o con la familia de origen. Las adolescentes que conviven con su pareja tienen una probabilidad menor de permanecer en la escuela, mientras que la no convivencia promueve la continuidad.

Una de las estrategias que mayor evidencia demostró en la prevención del embarazo en la adolescencia es la Educación Sexual Integral, mismo para la franja etaria 10-14 años. En muchos casos, esta evidencia es percibida como tal por las mismas adolescentes: en una investigación sobre percepción del embarazo adolescente (10 a 19 años) en el departamento de Santander, en Colombia se relevó, a través de encuestas realizadas a niñas y adolescentes madres, que el 69% de las adolescentes considera que la falta de educación sexual es el principal factor asociado al embarazo en la adolescencia²⁷.

En ese sentido, en el año 2008, los ministros de salud y educación de América Latina y el Caribe adoptaron la Declaración Ministerial de México, "Prevenir con educación", en la que se comprometieron a mejorar la calidad de la educación sexual integral para adolescentes y el acceso a ella, con el fin de reducir los riesgos de salud sexual y reproductiva²⁸. La primera sesión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en 2013, dio origen al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en el que se insta a invertir en jóvenes y adolescentes mediante políticas públicas específicas y se expresa el compromiso regional de implantar de modo eficaz la educación sexual integral desde la primera infancia, proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para jóvenes y adolescentes que respondan a sus necesidades, introducir o fortalecer políticas y programas para evitar que las embarazadas y madres adolescentes abandonen sus estudios, y eliminar los abortos en condiciones peligrosas²⁹. El impacto de la educación sexual integral desde el nivel inicial para la prevención del abuso sexual hacia niñas y adolescentes se traduce en que niños y niñas cuentan con más y mejores herramientas para detectar el abuso, ponerlo en palabras y pedir ayuda.

27. Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia Perception of adolescent pregnancy in the Department of North Santander, Colombia Rina Mazuera-Arias, Ana M. Trejos-Herrera y Lizeth Reyes-Ruiz. Rev. Salud Pública. 19 (6): 733-738, 2017

28. Declaración Ministerial de México: Prevenir con educación. México, 2008. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801-minsterdeclaration_en.pdf

29. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 al 15 de agosto de 2013. <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/21835>>

1.2.c Nivel de Relaciones

En este nivel se encuentran las relaciones que las NyA establecen con su familia y con sus pares; corresponde este lugar en el modelo porque el tipo de relaciones que pueda establecer está fuertemente influenciado por las normas de género, de la misma manera que la desigualdad económica impacta en las configuraciones familiares. En este sentido, tener relaciones familiares constructivas y positivas, así como comunicación y cohesión dentro de la familia, está asociado con un menor riesgo de embarazo adolescente y la postergación de la iniciación sexual³⁰.

En ocasiones, la renuencia de los progenitores a reconocer que las adolescentes son sexualmente activas o que carecen de protección suficiente frente a la violencia sexual de los adultos dificulta, que ellas por un lado, aprendan sobre su salud sexual y reproductiva, y por el otro, dispongan de herramientas y servicios para protegerse.

Una de las variables determinantes en este nivel tiene que ver con la violencia sexual y las normas sexistas de poder y control (orden social de género) que socavan el desarrollo de la autonomía de las niñas y adolescentes, y su capacidad para evitar un embarazo no deseado. Asimismo, la persistencia del matrimonio infantil (incluidas las uniones informales) en la región aumenta también la probabilidad de embarazo a esta edad.

En relación a este último punto, si bien Latinoamérica es una de las regiones del mundo con menor prevalencia de matrimonio infantil, un 9% del total de las niñas y adolescentes forzadas a las uniones tempranas del mundo ocurre allí (un estimado de 60 millones)³¹. Cabe aclarar que, según la definición de UNICEF³², el matrimonio infantil incluye uniones formales (civiles o religiosas) e informales, que incluyen la convivencia como si estuvieran casados.

En los últimos años, se han desarrollado investigaciones acerca del embarazo infantil forzado en la región como un tipo específico de violación de derechos humanos de las niñas; en particular, se ha investigado de qué manera las normas sociales promueven y legitiman el matrimonio infantil. Es una unión en la que se espera que las niñas asuman roles para los cuales no tienen la madurez y autonomía, y sobre todo, capacidad de consentir. En estas uniones, las niñas pueden verse obligadas a cumplir con las mismas tareas y responsabilidades que una persona adulta en el matrimonio: tareas domésticas y relaciones sexuales, de las cuales se derivan maternidades forzadas y explotación laboral infantil para el cuidado de niños y niñas. Asimismo,

30. Mmari K. y Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an update. *Journal of Adolescent Health*, 2013, 53(5):562-572.

31. United Nations Children's Fund. *Child Marriage: Latest trends and future prospects*. New York: UNICEF; 2018

32. Op. Cit.

por estar en una unión temprana y por su edad, no cuentan con el grado de autonomía suficiente para decidir libremente la frecuencia de las relaciones sexuales y/o el uso de métodos anticonceptivos³³.

La evidencia demuestra que los mayores niveles de fecundidad en niñas y adolescentes menores de 15 años, así como de uniones o matrimonios infantiles, se concentran en los niveles socioeconómicos más bajos (casi exclusivamente) y en contextos rurales o indígenas. En un estudio sobre la temática en México³⁴, donde se analizan indicadores socioeconómicos vinculados con las variables de etnicidad, ruralidad y escolaridad, confirma una mayor vulnerabilidad de las niñas indígenas o que provienen de familias pobres, a contraer nupcias a edad temprana. Más aún, en algunas poblaciones indígenas también se toleran algunas prácticas violatorias de derechos de NNyA, como la compraventa de mujeres y niñas con fines de matrimonio, que tienen una relación directa con el embarazo en estas edades³⁵, a pesar de tratarse de prácticas violatorias de derechos humanos.

Un estudio del Population Council (2019)³⁶ sobre matrimonio infantil llevado a cabo en Brasil, Guatemala y Honduras, llegó a la conclusión de que si bien no existe el matrimonio infantil arreglado, las normas sociales indirectamente promueven las uniones tempranas mediante acciones y actitudes patriarcales: estas reglas refuerzan la subordinación de las niñas y el control de su sexualidad, movilidad y relaciones. Lo relevante de este estudio es que no sólo analiza el nivel comunitario, sino que también releva la agencia de estas niñas, y las forma en las que resisten o impugnan estas normas. En este sentido, las NyA que deciden abandonar sus hogares por ser espacios donde su sexualidad, capacidad de moverse y relacionarse está restringida, terminan en uniones tempranas por fuera del hogar. Los hallazgos también ilustran cómo en contextos de extrema pobreza, las niñas/adolescentes hacen uso de una agencia 'acomodativa' a las normas de género al cohabitar con un hombre mayor que pueda protegerla de situaciones de violencia como la prostitución, la indigencia o las pandillas.

33. Meneses, E. y Ramírez M.. Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. Notas de Población N° 106. Enero-junio de 2018: 117-152.

34. Carmona, N. El matrimonio infantil en México y sus implicaciones en las niñas y adolescentes. 2013. Disponible en: Carmona, N. (2013): http://equidad.scjn.gob.mx/wpcontent/uploads/2014/06/ensayo_matrimonio_infantil_concurso-1.pdf.

35. Meneses, E. y Ramírez M.. Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. Notas de Población N° 106. Enero-junio de 2018: 117-152.

36. Child Marriages and Unions in Latin America: Understanding the Roles of Agency and Social Norms. Alice Y. Taylor, M.A. a.*, Erin Murphy-Graham, Ed.D., M.Sc. a , Julia Van Horn b , Bapu Vaitla, Ph.D., M.S. c , Ángel Del Valle, M.A. d , and Beniamino Cislighi, Ph.D. Journal of Adolescent Health. 64 (2019) 45-51

1.2.d Nivel Individual

Para entender con qué herramientas una niña/adolescente se enfrenta para la toma de decisiones sobre su cuerpo, debe considerarse el grado de madurez en relación al desarrollo de su autonomía, el cual tiene un componente biológico y otro más amplio, asociado a su contexto (social, económico cultural) que puede facilitar o limitar el ejercicio de la misma.

Uno de los indicadores tradicionales asociados al embarazo en la adolescencia tardía (15-19) ha sido el de la iniciación sexual, asumiendo una relación inversamente proporcional entre ambos. De hecho, una revisión Cochrane realizada en 2016³⁷ acerca de efectividad de políticas de reducción del embarazo en la adolescencia, concluye que uno de los rasgos que deben contemplar es el de la postergación del inicio de las relaciones sexuales. De todas formas, la edad de inicio de relaciones sexuales no es el único determinante del embarazo en la adolescencia, sino que debe ser medida en relación a los otros niveles del modelo socio-ecológico, como la oferta de métodos anticonceptivos y el aborto legal³⁸.

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual.

Por otra parte, variaciones en la nutrición y las mejoras en los indicadores de salud infantil, además de otros factores ambientales, han traído como consecuencia el adelanto en la menarca^{39, 40}. Desde el punto de vista de la exposición al riesgo, esta tendencia implica un mayor riesgo de embarazo a partir de dicho acontecimiento⁴¹.

37. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H., Esu E., Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systema: Reviews 2016, Issue 2.

38. Como lo demuestra Vignoli, (2016) que compara datos de países desarrollados con países de la región, en España, por ejemplo, un 20% de las mujeres reportan haber tenido su primer relación sexual antes de los 15 años (frente a, por ejemplo, un 10% en Chile), y la tasa de fecundidad tardía de España es de 12 x 1.000 (frente al 53 x 1.000 en Chile). Es decir, si bien el inicio de relaciones sexuales se da más tempranamente, este factor es compensado por acceso a MAC y aborto legal.

39. Pierce M y Hardy, R..Commentary: The decreasing age of puberty—as much a psychosocial as biological problem? International Journal of Epidemiology, 2012, 41(1):300-302

40. Downing J y Bellis MA. Early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, substance use and anti-social behaviour: a preliminary cross-sectional study. BMC Public Health, 2009. 9;446

41. Rodríguez Vignoli J. La reproducción en la adolescencia en América Latina: Viejas y nuevas vulnerabilidades. [Internet]. Realidad, Datos y Espacio. Rev. Inter. Estadística y Geografía. Mayo – Agosto 2012; 3 (2): 66-81. [Internet] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/rde/RDE_06/Doctos/RDE_06_Art5.pdf.

En el caso de las menores de 15 años, la iniciación sexual toma otras características; además de estar muy próxima a la menarca, está vinculada a situaciones donde la autonomía para la toma de decisiones de la niña/adolescente está mediada por diferentes tipos de inequidades estructurales.

La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y adolescentes a tener sexo en contra de su voluntad. Tal vez las NyA no lo identifican como una violación; para que una niña que fue víctima de violación pueda identificarla como tal, en la mayoría de los casos debe transcurrir un proceso terapéutico que en la situación de develación de embarazo en muchos casos todavía no ocurrió⁴². Muchas niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual consideran que la relación sexual fue ‘aceptada’ porque no pudieron oponerse.

Como refiere el estudio de FLASOG⁴³, cuanto más joven es la adolescente, mayor es la probabilidad de iniciación sexual forzada, y ésta disminuye drásticamente a medida que aumenta la edad de iniciación. Asimismo, la edad de iniciación influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo. El uso de anticonceptivos en la iniciación, por ejemplo, aumenta con la edad en la que ocurre, de modo que, cuanto más temprana es la iniciación sexual mayor es el riesgo de embarazo en la adolescencia, no sólo porque aumenta el tiempo total que la mujer estará expuesta a un embarazo, sino porque es menor el porcentaje que adopta conductas preventivas. De igual manera, el sexo bajo coerción suele ser desprotegido, porque así como la niña/adolescente no pudo decir “no”, tampoco puede exigir el uso de preservativo con el consiguiente riesgo de embarazo y de contagio de ITS.

De todas maneras, poner en evidencia la relación entre la violencia sexual y el embarazo no excluye la posibilidad de que muchos de estos embarazos sean producto de relaciones consentidas entre las cuales no median grandes diferencias de edad ni de poder. En muchos casos, estos embarazos no planificados terminan siendo aceptados por tratarse de contextos culturales e institucionales en los cuales la socialización de género de las niñas está fuertemente orientada hacia la maternidad como forma de validación, y donde la maternidad no está cuestionada⁴⁴.

42. Toporosi, Susana. En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil. Topia, Buenos Aires. 2018.

43. Gómez, Molina y Zamberlin. 2010. FLASOG y PROMSEX. Factores relacionados con la maternidad y el embarazo en menores de 15 años.

44. Checa, S.; Erbaro, C.; Schwartzman, E. “Representaciones y prácticas sexuales y reproductivas en mujeres adolescentes de sectores populares urbanos. Reconstrucción de la memoria intergeneracional”, VIII Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población, UBA, 2009

1.3 Impacto del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años

El embarazo y el parto como evento obstétrico en las niñas y adolescentes menores de 15 conlleva riesgos específicos debido a su inmadurez física, que se agravan con las desventajas socio-ambientales descritas en el apartado anterior. En esta sección se describen las consecuencias para la salud física, emocional y social de las niñas que atraviesan un embarazo, parto o aborto inseguro, de acuerdo con la evidencia disponible.

1.3.a Salud física

A diferencia de las adolescentes entre 15-19 años, las menores de 15 tienen mayores riesgos biomédicos que están relacionados con el embarazo y con el parto, exacerbados en las niñas malnutridas. Asimismo, los problemas en la gestación y el parto son más frecuentes cuanto menor es la edad ginecológica; ya que cuando esta es menor de dos años, existe inmadurez de la pelvis y canal de parto, así como del útero y posiblemente del sistema neuroendocrino⁴⁵. Un embarazo puede complicar la condición de la niña/adolescente y afectar los patrones normales de crecimiento, mientras que el recién nacido es más proclive a tener bajo peso y morir.

En un estudio multipaís realizado en el 2005, 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 salud y socio-demográficos, y constataron que niñas y adolescentes que tuvieron un parto, mostraron peores resultados que las mujeres de 20 a 24 años. Las niñas de 15 años o menos tenían, respecto al grupo etario de 20 a 24 años, una probabilidad 4 veces mayor de mortalidad materna, así como de endometritis puerperal; y 60% más de eclampsia (pero no de manera significativa) y de hemorragia posparto, y 40% de anemia. En relación a la salud neonatal, los resultados también son contundentes: al comparar con los hijos de madres de 20–24 años, aquellos nacidos de niñas/adolescentes 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 temprana⁴⁶.

45. OMS. Adolescent pregnancy. Issues on Adolescent Health and Development. 2004. ISBN 92 4 159145 5. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42903/9241591455_eng.pdf;jsessionid=78C956B60DD2DC6FDD8693FCADA8DD34?sequence=1

46. 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.) American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192(2), 342-349.

Un estudio multipaís posterior, también encontró resultados adversos en este grupo etario. 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 variado⁴⁷.

Además de estos dos grandes estudios, hay análisis específicos en la región que son consistentes con los anteriores. Uno realizado en Colombia, acerca de embarazo adolescente temprano analiza los riesgos de morbilidad materna y mortalidad infantil en comparación con adolescentes de 15-19 años, y jóvenes y adultas de 20-34 a través de las estadísticas vitales⁴⁸. Las circunstancias socioeconómicas adversas de las adolescentes madres encuentran su correlato en los resultados neonatales; se observa un mayor índice de prematurez y peso bajo al nacer en los recién nacidos de madres menores de 15 años; los cuales eran 1,5 veces más propensos que los bebés nacidos de madres entre 15-19 años en tener un Apgar menor a 4, y necesidad de intervención médica neonatal. La mortalidad infantil también es más alta en niños nacidos de niñas/adolescentes entre 10-14 años; en mayor proporción aquellas de madres afrodescendientes o indígenas que viven en zonas rurales y tienen un seguro de salud subsidiado o ningún seguro de salud. De hecho, los indicadores producto de este estudio son más altos que aquellos mostrados por el de Conde-Agudelo et al en 2005.

Asimismo, estas NyA embarazadas son más vulnerables a la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH y a la Enfermedad Inflamatoria Pélvica; esto se debe a motivos sociales y biológicos. Por un lado, estos embarazos son resultado de ausencia o muy bajo poder de decisión y se dan en circunstancias que están fuera del control o de la comprensión de la niña/adolescente; y por el otro, esas NyA no han completado el desarrollo evolutivo del epitelio protector del tracto genital inferior. Además, cuando existe diferencia de edad entre la niña/adolescente y el varón, hay más probabilidad de que él tenga una ITS y que pueda infectarla⁴⁹. Este dato cobra especial relevancia en las niñas embarazadas más jóvenes. Como referimos anteriormente, la evidencia muestra que mientras más joven es la niña, mayor es la diferencia de edad con el co-gestante, por lo tanto, menor es la posibilidad de negociar el uso de un preservativo. De la misma manera, si se trató de una relación sexual forzada, como lo es en una gran proporción en este grupo, la posibilidad

47. 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

48. Jaramillo-Mejía, Cherichovsky, D. 2019. Maternidad prematura adolescente en Colombia: ten-

dencias temporales y consecuencias. *Cad. Saúde Pública* vol.35 no.2 Rio de Janeiro 2019 Epub Feb 18, 2019. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205007#B31

49. Gómez, Molina y Zamberlin. 2010. FLASOG y PROMSEX. Factores relacionados con la maternidad y el embarazo en menores de 15 años.

de negociar protección es nula. A su vez, las adolescentes infectadas con ITS tienen diez veces más probabilidades de contraer el VIH si tienen sexo desprotegido con un hombre infectado⁵⁰.

Otra complicación derivada de trabajos de parto prolongados, sobre todo en contextos donde no se dispone de recursos para una cesárea, es la fístula obstétrica, que es una condición que debilita a las niñas y adolescentes que la padecen y las deja incontinente, y en la mayoría de los casos termina en muerte fetal o muerte neonatal⁵¹. Si bien la evidencia es contundente en los países de África Subsahariana, no es el caso para América Latina, donde no se han realizado estudios específicos sobre su incidencia.

Aborto inseguro

En los lugares donde la legislación permite el aborto voluntario o según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro en general son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido⁵². Como es explicado en la siguiente sección, casi la totalidad de los países que conforman la región tienen legislaciones mediana o totalmente restrictivas en relación al aborto, lo que genera mayores complicaciones en la salud física, emocional y social de las niñas y adolescentes.

De acuerdo a la definición de la OMS, un aborto inseguro o en condiciones de riesgo “es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o realizado en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”⁵³.

A falta de estadísticas oficiales acerca de los abortos realizados en niñas de 10 a 14 años, sea de manera segura (aunque en la clandestinidad), o en condiciones de riesgo; sólo es posible realizar estimaciones en función de las tasas de fecundidad, los egresos hospitalarios, y el acceso a métodos anticonceptivos en servicios de salud aceptables. Como muchos otros datos sobre embarazo en la adolescencia, las estimaciones sólo toman el rango etario 15-19 años.

En comparación con las mujeres adultas que abortan en condiciones de riesgo, las adolescentes son más proclives a tener complicaciones, como hemorragia, sepsis,

50. OMS (2003b): Gender and VIH/ AIDS, Washington

51. UNFPA. 2013. Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblacion-mundial-2013>

52. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políti-

cas para sistemas de salud – 2ª ed. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1

53. Op Cit

lesiones en órganos internos, tétano, esterilidad e incluso muerte⁵⁴. Esto se debe a que cuentan con barreras específicas en el acceso al aborto, mismo en situaciones de clandestinidad, por falta de recursos materiales y simbólicos. Mientras más jóvenes son, mayor es la dificultad para detectar el embarazo, sobre todo si la relación sexual que lo ocasionó fue bajo coerción. Es además, más probable que pospongan la búsqueda de alguna persona que lo realice, o no tengan las herramientas para pedir auxilio si el aborto se complica⁵⁵.

Por otro lado, el aborto en condiciones seguras no conlleva riesgos específicos: “cuando el aborto es realizado por personal debidamente capacitado en condiciones médicas modernas, es sumamente raro que se produzcan complicaciones y el riesgo de muerte es insignificante”⁵⁶.

1.3.b Salud mental y social

Por todo lo hasta acá expuesto, no caben dudas que el embarazo y la maternidad a edades tempranas tienen, además de los riesgos específicos de un parto o de un aborto inseguro, un alto impacto en la salud mental y social. En la transición de la niñez a una unión temprana (que en muchos casos puede ser forzada) y la experiencia de embarazo, parto y puerperio, una niña puede sufrir estrés o depresión porque no está psicológicamente preparada⁵⁷.

Según cuál sea su entorno en el hogar, la escuela y la comunidad, puede sentirse estigmatizada por un embarazo a edad temprana y querer acudir a un aborto, que como en la mayoría de los países de la región se da en un marco de ilegalidad, puede realizarse en condiciones de riesgo con un desenlace negativo para su salud.

El parto y puerperio, sumado a tener que cargar con la responsabilidad de cuidar de un recién nacido, también trae riesgos específicos para su 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 adulta⁵⁸. Asimismo, la revisión realizada por Mendoza y Saldivia⁵⁹ indica que la depresión

54. Coalición Internacional Por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002.

55. UNFPA. 2013. Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes

56. UNFPA. 2013. Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes

57. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políti-

cas para sistemas de salud – 2ª ed. 2012

58. Beck, C. T. 1995. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44, 298-304.

59. Mendoza B., C. y Saldivia, S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev. méd. Chile* [online]. 2015, vol.143, n.7, pp.887-894. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>

posparto es más frecuente en niñas y adolescentes, y en las que pertenecen a los niveles socioeconómicos más bajos, que en el caso de Latinoamérica, son prácticamente el total de las que se convierten en madres.

El mencionado estudio Planned Parenthood Global realizado en Ecuador, Guatemala, Perú y Nicaragua sobre las consecuencias para la salud integral de niñas y adolescentes entre 9 y 14 años embarazadas, demuestra que la mayoría de las NyA sufrió alguna complicación en el embarazo, como pre-eclampsia, rotura de membranas y parto prematuro. Más importante aún, este estudio indagó en las consecuencias en la salud mental de estas niñas: una gran proporción manifestó tener síntomas de depresión, ansiedad, y en aquellas víctimas de violencias sexual, estrés post traumático. Tanto en Perú como en Nicaragua, entre un 7-14% de las entrevistadas consideró el suicidio durante el embarazo⁶⁰.

Además de los riesgos biomédicos y psicológicos, el embarazo como producto de un abuso sexual y la maternidad como consecuencia de un embarazo no deseado, constituyen un daño a la salud integral de NyA. Son circunstancias que se agravan por la edad y madurez mental y social, y comprometen las etapas posteriores del ciclo vital de estas NyA. Asimismo, al verse obligadas a ejercer la maternidad en una situación de privación material y simbólica, aumenta su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia⁶¹.

Como se planteó en el modelo socioecológico, la educación es un factor protector clave para NyA. En ese sentido, la permanencia escolar es un indicador de protección frente al abuso sexual y al embarazo no planificado (sobre todo, cuando la educación sexual es parte de la currícula). Como refiere UNFPA (2013), para muchas adolescentes que se convierten en madres, su educación formal se interrumpe de forma permanente, por circunstancias individuales, como matrimonio infantil o presiones de la familia o la comunidad, o porque las escuelas prohíben la asistencia de niñas embarazadas o les prohíben que regresen después de tener a su bebé; aunque esto último es menos frecuente en los países de la región por leyes específicas de inclusión de alumnas madres. Cuanto más tiempo están fuera de la escuela, menos probable es que regresen. Para que las niñas/adolescentes puedan volver a la escuela y completarla, los programas de retención escolar son necesarios pero suelen ser insuficientes: las NyA que acaban de dar a luz probablemente también necesiten asistencia económica, servicios de jardín maternal y una comunidad inclusiva que apoye su decisión de continuar sus estudios.

60. Casas Isaza, X; Cabrera O., Reingold R. y Grossman D.: Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. Disponible en: <https://ni-nasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/>

PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf

61. CLADEM. 2016. Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y El Caribe. Balance Regional. ISBN 978-99953-879-6-9

SECCIÓN 2

Regulaciones normativas y protocolos para el acceso al aborto seguro en niñas víctimas de violencia sexual

Desde principios del siglo XXI el derecho internacional ha reconocido que la liberalización del derecho al aborto es necesaria para garantizar los derechos humanos, en particular de las mujeres, niñas y adolescentes. Desde 2010, progresivamente los organismos de protección de los derechos humanos de las Naciones Unidas han enfatizado la obligación de proteger los derechos sexuales y reproductivos mediante la despenalización del aborto, como única estrategia regulatoria que garantiza la vida, la salud y la dignidad de las mujeres (y otras personas con capacidad de gestar)⁶².

Desafortunadamente, el cumplimiento de estos mandatos internacionales ha sido más lento en nuestra región que en el norte global. Incluso algunos países en las últimas décadas, han endurecido las penas y eliminado las causales de legalidad pasando a modelos de penalización total del aborto. Las consecuencias de la prohibición del aborto, así como las de la falta de implementación efectiva del aborto legal, recaen especialmente sobre la salud integral de las mujeres, además de someterlas a maternidades forzadas que desconocen su dignidad. De acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud, cinco millones de mujeres sufren consecuencias

62. Cfr. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, CEDAW/C/GC/35. 2017. Párr. 18.; Comité contra la Tortura. Sierra Leona. CAT/C/SLE/CO/1. 2014. Párr. 17; Perú. CAT/C/PER/CO/5-6. 2013. Párr. 15; Kenia. CAT/C/KEN/CO/2. 2013. Párr. 28; Irlanda. CAT/C/IRL/CO/1. 2011. Párr.

26; Informe relatora de ejecuciones extrajudiciales A/HRC/35/23, 6 de junio de 2017, párrs. 91-95; Comité DESC, Caso S.C. y G.P. Vs. Italia, 7 de marzo de 2019, párr. 8.1; Comité de Derechos Humanos, Comentario General No. 36 (2018), sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos sobre el derecho a la vida CCPR/C/GC/36, párr.8

en su salud por causa del aborto inseguro, la mayoría de ellas se encuentra en los países que tienen regulaciones restrictivas. Mientras que en los países en los que el aborto es legal y se puede acceder a las prácticas, el aborto es considerado un procedimiento seguro y de menor riesgo que el parto y otras intervenciones gineco-obstétricas.

En el caso de las niñas y adolescentes se ha comprobado que el embarazo, el parto y la maternidad tienen profundas implicaciones negativas para su desarrollo físico, mental y social, como se detalló en la sección anterior. La mayoría de las regulaciones de la región establecen una edad de consentimiento para las relaciones sexuales que oscila entre los 12 y 15 años, por tanto, la totalidad de estos embarazos se presumen violatorios, además, de la libertad sexual de las niñas. Entonces, incluso en las regulaciones más restrictivas, el respeto por la dignidad, la salud y la vida de estas niñas debería habilitar al acceso al aborto seguro.

Por ello, desde la década del 90 tras la firma de la Convención de los Derechos del Niño, y la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), se ha reiterado en numerosas ocasiones que los estados tienen la obligación de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes, especialmente aquellas que han sido víctimas de violencia sexual.

En 2012, en la Declaración de Bali realizada en el Foro Global de la Juventud, los Estados reafirmaron su obligación de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, niños y adolescentes, especialmente para protegerles de la violencia sexual, que incluye, tanto matrimonios tempranos, como embarazos y maternidades forzadas; asimismo se confirmó la obligación de reconocer la centralidad de la voz de las niñas, niños y adolescentes en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo.

Tal y como lo ha confirmado el Comité de Derechos del Niño en 2018, el acceso al aborto legal y seguro es una herramienta fundamental e ineludible para la protección de los derechos de las niñas y adolescentes. Sin embargo, se han identificado barreras específicas que enfrentan en particular las niñas y adolescentes para el acceso a servicios seguros, tanto en contextos de regulación restrictivos como en aquellos en los cuales el aborto es legal.

Algunas de las principales barreras que han sido reportadas en diferentes contextos se pueden observar en la figura 1, que presenta la nube de palabras elaborada con la información presentada por estudios recientes sobre el tema.

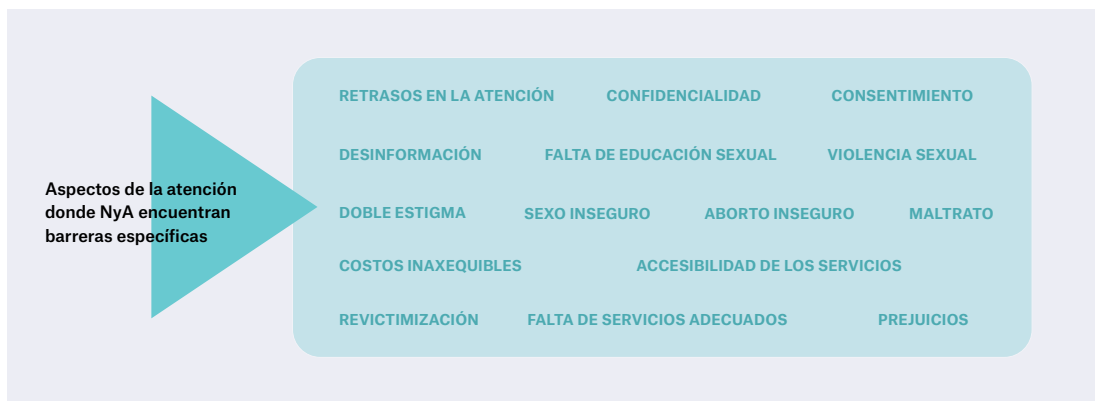


Figura 1. Nube de palabras elaborada con los resultados de estudios sobre acceso al aborto seguro de niñas y adolescentes. Fuente: Elaboración propia.

2.1 Barreras específicas que enfrentan niñas y adolescentes para el acceso al aborto seguro

Existen, de acuerdo con los resultados de estudios en diversos países, tres tipos de barreras para el acceso de las niñas y adolescentes a los abortos seguros: barreras legales, políticas y culturales.

Las barreras políticas son las que tienen que ver con la agenda política de los partidos y fuerzas de gobierno que pueden alentar o desincentivar la implementación efectiva del derecho al aborto o incluso la criminalización de los casos en que el aborto es ilegal. En estos casos estas barreras se traducen en la falta de protocolos de actuación en casos de abortos legales, directivas poco claras sobre la judicialización de los casos de aborto ilegal, que terminan por permitir denuncias y vulneración de derechos de las mujeres y otras personas gestantes, incluso cuando su caso encuadra en alguno de los permisos legales para el aborto.

Las barreras culturales, que han sido abordadas en la sección 1 impactan en el grado de confianza para acercarse al sistema de salud a pedir información o la provisión de un aborto. Asimismo, quienes proveen estos servicios, en contextos conservadores en relación con estos aspectos de la sexualidad, se ven estigmatizados y, en general, tienen pocos incentivos para la provisión de la práctica. Es por ello, que solo profesionales comprometidos con la garantía y protección de los derechos humanos, se ven motivados a prácticas legales y seguras de interrupción del embarazo.

En el caso de NyA, las barreras culturales sobre la sexualidad y la capacidad para decidir sobre su sexualidad y reproducción, tiene un impacto importante en el acceso al aborto seguro.

En esta sección nos concentraremos en el tercer tipo: las barreras legales, que se han ido identificando en relación con los embarazos no intencionales de niñas menores de 15 años en distintos países de la región. La sección se organiza de acuerdo con los tres principales modelos de regulación del aborto, y presenta algunos ejemplos de las regulaciones específicas para el aborto seguro en niñas menores de 15 años en cada modelo.

Barreras legales

Estas barreras tienen que ver, por un lado, con restricciones del derecho al aborto y por el otro, con restricciones específicas para el acceso a la salud reproductiva de las niñas y adolescentes incluso en contextos en donde el aborto es legal.

Actualmente, como lo muestra la figura 2, la mayoría de los países del mundo han optado por la regulación del aborto por plazos (o aborto a demanda) o por el sistema de permisos (o causales) para el aborto legal, y unos pocos persisten en regulaciones muy restrictivas.

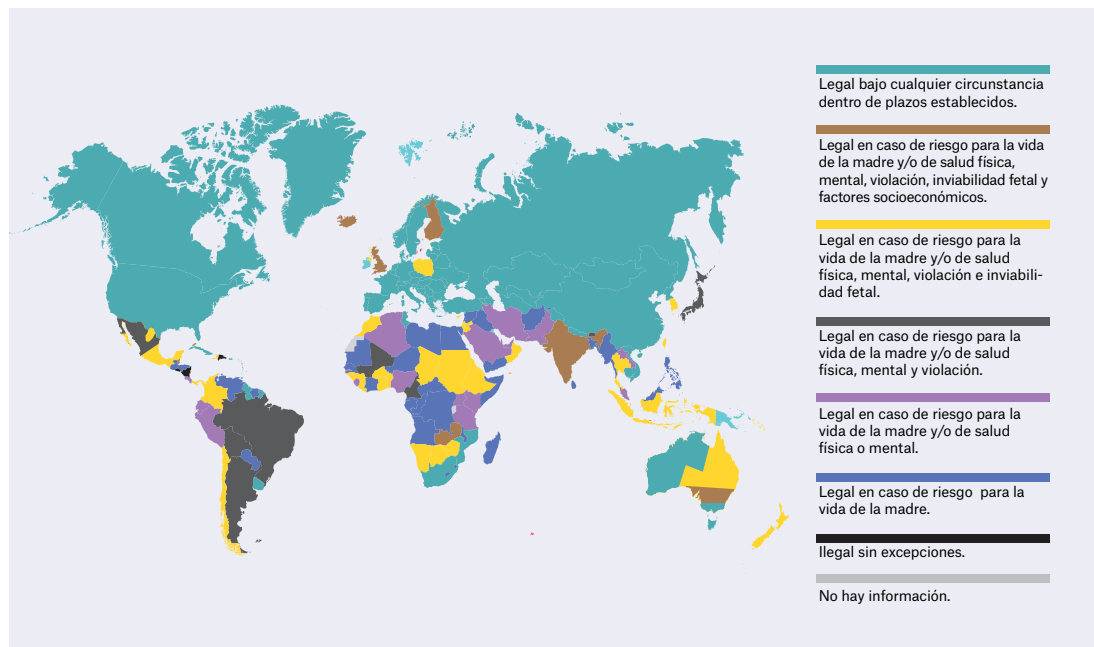


Figura 2. Mapa de la regulación del aborto en el mundo en 2018. Fuente: Nuclear Vacuum - File:Blank-Map-World6.svg

2.1.a El modelo de aborto a demanda o modelo de plazo mixto

Este es el modelo más utilizado en los países del norte global. En la figura 2, este modelo representado en color azul se puede ver en el norte de América y el continente asiático, y Europa casi en su totalidad.

Se conoce como modelo de aborto a demanda porque las mujeres pueden acceder a la práctica sin el requisito de explicar las razones por las cuales han decidido interrumpir su embarazo. Más allá del plazo establecido, solo se permite en algunas causales. En general, el aborto es legal después de ese plazo en algunos casos, como los de niñas y adolescentes víctimas de violencia de género (incluyendo la violencia sexual), mujeres rurales, condiciones de salud preexistentes o sobrevivientes, entre otras.

Este modelo, por tanto, resulta más garantista durante el plazo de aborto a demanda. Sin embargo, en los casos en los que se excede este período - muchas veces los de las niñas más jóvenes víctimas de violencia sexual en contextos de ruralidad, pobreza, falta de contención familiar y comunitaria- también se presentan barreras de acceso a los servicios de salud, relacionadas con la falta de normas específicas o la implementación de políticas dirigidas a la protección de los derechos de las niñas que requieren un aborto. Este es el caso de Canadá en donde a pesar de existir un modelo de plazos con más de dos décadas de vigencia, todavía existe una disparidad importante entre las regiones en materia de garantía del derecho al aborto de las niñas y adolescentes. En particular se reportan barreras relacionadas con el reconocimiento de la capacidad para consentir las prácticas sin la presencia de sus padres o representantes legales. En Francia, en cambio, desde 2001, las niñas y adolescentes pueden consentir con el acompañamiento de cualquier persona de su confianza, y tienen un período de 14 semanas para solicitar un aborto a demanda; sin embargo, las niñas más jóvenes todavía encuentran barreras para acceder a los abortos después de ese plazo⁶³.

Estos ejemplos muestran que más allá de la liberalización del aborto, que es sin dudas una deuda pendiente en nuestra región, se requiere una efectiva implementación de los principios que se han consensuado entre los países de las Naciones Unidas, así como del sistema Interamericano para la protección de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes. Entre ellos, en materia de acceso al aborto seguro, cobra especial importancia el principio de autonomía progresiva, que permite a las niñas y adolescentes de acuerdo con sus capacidades individuales decidir sobre su propio

63. Estas reglas son de aplicación general, pero es importante, resaltar con una mirada interseccional sobre las barreras específicas de niñas y adolescentes, que, por ejemplo, aquellas que son víctimas de trata de personas o de explotación sexual enfrentan

especiales barreras, por cuestiones relacionadas con el consentimiento de progenitores o representantes legales. Además, pueden tener un estatus migratorio que no les 'habilita' a acceder a servicios públicos de salud, incluyendo la ILE.

cuerpo de manera autónoma. Por ello, las normas que restringen de forma arbitraria por razones etarias la capacidad para consentir la práctica de un aborto, o requieren sin excepciones el acompañamiento de progenitores o representantes legales, violan este principio. Aunque cada vez más las regulaciones se adaptan para la garantía de este derecho, son todavía muchos los interrogantes que persisten acerca de la forma adecuada de garantizarlo. Los equipos de atención y las regulaciones locales, especialmente en la región, todavía tocan de manera muy somera este punto, como veremos.

Acceso de las NyA a la interrupción legal y segura del embarazo en el modelo de plazos en la región:

Ciudad de México

En 2007 la Asamblea legislativa del entonces Distrito Federal en México aprobó una ley de despenalización del aborto a demanda dentro de las 12 primeras semanas. La despenalización del aborto a demanda ha marcado una importante diferencia en el acceso a servicios de aborto de calidad, que antes estaban reservados a los consultorios privados (muchas veces clandestinos) a costos altísimos, dejando a las mujeres más pobres expuestas a los abortos inseguros y/o de baja calidad.

En relación con el acceso al aborto legal en casos de NyA menores de 15 años, de 2007 a abril de 2017, el 0.07% de las ILE fueron realizadas a niñas entre 11 y 14 años de edad (123 casos). En 2018, la Secretaría de Salud actualizó lineamientos para el acceso a al ILE de NyA mayores de 12 años. Se estableció que en esos casos pueden solicitar la práctica en compañía de sus representantes legales o solicitar el acompañamiento de Procuraduría de la Defensa de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en la Ciudad de México (CDMX); no están obligadas a presentar denuncia judicial previa y pueden solicitar la práctica hasta las 20 semanas de gestación inclusive. Después de ese plazo deberán contar con un certificado de riesgo para su salud o su vida emitido por un profesional de la salud. En CDMX las niñas en todo caso acceden al aborto legal en proporciones muy inferiores a las estimaciones de embarazos en esa franja etaria, pero los datos son insuficientes para afirmar la magnitud del problema de acceso y sus consecuencias.

Uruguay

Desde 2012 con la aprobación de la ley 17.823, Uruguay reconoció el derecho al aborto a demanda durante las primeras 12 semanas de gestación y mantuvo las causales de despenalización durante el resto de la gestación, en caso de peligro para la salud de la gestante o de malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, y en las 14 primeras semanas de gestación en casos de violencia sexual.

El procedimiento para el acceso al aborto legal incluye la realización de tres consultas previas a la práctica, la primera en la que la mujer expresa las razones por las cuales

desea interrumpir su embarazo; en la segunda consulta (el mismo día o al día siguiente) se requiere la intervención de un equipo interdisciplinario, integrando por al menos tres profesionales (ginecología, salud mental y área social) que explicarán los derechos establecidos en la norma, los riesgos asociados a las prácticas y las alternativas disponibles, como apoyos sociales y económicos y adopción. A partir de esta consulta se requiere un período de reflexión de al menos 5 días, tiempo después del cual se tomará el consentimiento informado a la gestante que confirme su voluntad de interrumpir su embarazo. En la tercera consulta se realiza la práctica.

La norma establece el respeto de la autonomía progresiva y la confidencialidad de la consulta de las NyA sin distinción alguna hasta los 18 años de edad, propendiendo a que las decisiones sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo se adopten en compañía de representantes legales, incluso durante las 12 primeras semanas de gestación. Sin embargo, la misma norma establece para los casos en que el asentimiento de sus representantes no pudiese ser obtenido o fuere negado, la niña o adolescente podrá presentarse ante un juez con los antecedentes producidos por el equipo de salud para que autorice el acceso a la interrupción legal del embarazo. El juez tiene un plazo de tres días para verificar que el consentimiento de la niña o adolescente se ha dado de forma “espontánea, voluntaria y consciente” (art.7 ley 17.823/12). En la práctica esto supone que en todos los casos se exige la compañía de progenitores o representantes legales a niños/as y adolescentes menores de 18 años.

A partir de 2017, la regulación uruguaya estableció dos cambios normativos y programáticos que impactan directamente sobre el acceso al aborto legal de las niñas víctimas de violencia sexual. Por un lado, la redefinición de la edad mínima para el consentimiento sexual (Ley N°19.580/2017), la cual se reconoce a partir de los 12 años, siempre que no exista entre ambas partes una diferencia mayor a diez años. Es decir, pone énfasis en la asimetría y la coerción, bajando considerablemente la edad para la presunción de violencia sexual. Por el otro, se elaboró un mapa de ruta de atención de embarazos de niñas y adolescentes menores de 15 años, en el marco de la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes, que parte de la comprensión de que en la mayoría de los casos, el embarazo está vinculado de algún modo a la violencia, tanto de manera inmediata, cuando son producto de una relación abusiva; como de forma más estructural, cuando las niñas y adolescentes tienen trayectorias que implican diversas vulneraciones a sus derechos.

La hoja de ruta enfatiza en el acompañamiento interdisciplinario para la toma de decisiones respecto del embarazo, ya sea intencional o no intencional, y prevé el acompañamiento del equipo en cualquiera de los escenarios posibles de continuidad o interrupción del mismo. A su vez, contempla diferencias entre los embarazos hasta los 12 años, y entre los 13 y antes de los 15 años. Sin embargo, el texto de la hoja de ruta todavía no ha sido presentado oficialmente por las autoridades uruguayas, por lo que se espera poder hacer un análisis más detallado en el futuro próximo.

Cuba

En Cuba el aborto está completamente despenalizado. El consentimiento sexual de las mujeres se reconoce a partir de los 14 años (Ley No. 1289/1975), y se permite el matrimonio desde los 16 años con consentimiento de representantes legales hasta los 18 años, edad en que se reconoce plena capacidad legal.

Existe un Protocolo de abordaje de la maternidad en la adolescencia temprana después de los 13 años, *Guía práctica para el manejo de la gestante, la madre adolescente y sus descendientes* de 2012, si bien contempla la interrupción del embarazo como opción en estos casos, para su abordaje refiere al protocolo general (*Guías metodológicas para la instrumentación de todos los tipos de terminación voluntaria del embarazo*); y se concentran en la maternidad y la consolidación de las familias jóvenes, integrando la paternidad en roles de cuidado. El protocolo deja de lado el caso de embarazos temprano producto de violencia sexual, para los cuales ni siquiera remite a un protocolo especial.

El protocolo de acceso al aborto seguro, *Guías metodológicas para la instrumentación de todos los tipos de terminación voluntaria del embarazo*, contempla para el caso de menores de edad y adolescentes sin diferencia etaria, que “al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las grávidas comprendidas en esas edades, deberá ser informado de su decisión”.

2.1.b El modelo de permisos

Este modelo es el más usado en el sur global (Latinoamérica y África principalmente), como lo muestra la figura 2. En este, el aborto se permite por determinadas causales o excepciones y se mantiene la penalización general. Existen distintos grados de permisibilidad del aborto bajo este modelo, desde los regímenes más restrictivos (aquellos que solo permiten el aborto para salvar la vida de la mujer gestante) hasta los más garantistas (que permiten el aborto cuando las condiciones socioeconómicas de la gestante no le permiten hacerse cargo del embarazo y la maternidad). Bajo este modelo, incluso en los regímenes más restrictivos (aquellos que solo permiten el aborto para salvar la vida de la mujer gestante), se debería interpretar que el aborto está permitido para las NyA, dado que, como se ha mostrado, el embarazo, el parto y la maternidad son situaciones de alto riesgo para su vida y su salud integral. Sin embargo, en muchos países estos riesgos no son tomados como causa habilitante para acceder a los abortos legales y, por tanto, incluso las niñas entre 9 y 14 años, ven restringido el acceso a la interrupción legal del embarazo.

Aunque la mayoría de los países de Latinoamérica aún regula con el modelo de permisos el derecho al aborto, son pocos los que han emitido regulaciones específicas para

el acceso al aborto legal de las NyA. Por ejemplo, en el caso de países como Argentina, Bolivia y Colombia, las regulaciones administrativas y los fallos de las altas cortes constitucionales, han establecido estándares de acceso al aborto legal para las niñas y adolescentes con mayor o menor precisión en cada caso. Por otro lado, países como Chile, y la mayoría de los Estados mexicanos reconocen el derecho al aborto en caso de incesto, pero este permiso requiere la intervención judicial previa y no alcanza todos los casos de violencia sexual y de embarazos forzados en niñas.

Bajo este modelo, además, se mantienen en muchos casos las restricciones legales que se derivan de la falta de reconocimiento de la capacidad progresiva de las niñas para decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo (como el requerimiento de sea representadas por progenitores o tutores en todos los casos), así como de la falta de procedimientos específicos para la garantía del acceso a las prácticas y la atención adecuada en los sistemas de salud y de justicia.

Regulación del acceso de las niñas a la interrupción legal y segura del embarazo en países con el modelo de plazos en la región. Algunos ejemplos:

Colombia

En Colombia el aborto fue un delito sin excepciones hasta el año 2006, cuando una decisión de la Corte Constitucional Colombiana (C-355 de 2006) estableció el derecho en tres causales: i) embarazo producto de violación, previa presentación de la denuncia; ii) malformación fetal incompatible con la vida; iii) riesgo para la vida de la mujer o riesgos para la salud integral de la mujer. En su fallo la Corte aclaró que la utilización del derecho penal para forzar a las mujeres a continuar embarazos vulnera sus derechos sexuales y reproductivos, su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad.

En particular en relación a las niñas y adolescentes, la Corte ha confirmado su derecho a la interrupción legal del embarazo dado que, en Colombia se considera que las relaciones sexuales con personas menores de 14 años configura el delito de violación. La consecuencia más importante de esta presunción, en relación con el acceso al aborto, es que se les permite la práctica a todas las niñas y adolescentes menores de 14 años sin necesidad de alegar o probar las causales; es decir, no deben presentar la denuncia de la violación. Dado que por la presunción de violencia sexual, pasa a ser mero formalismo.

En relación con las niñas menores de 14 años, la Corte Constitucional ha confirmado que ellas, como titulares del derecho al libre desarrollo de la personalidad y del derecho al reconocimiento de su capacidad progresiva, pueden consentir autónomamente sobre esta práctica (Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006). En consecuencia, la Corte ha ordenado eliminar los obstáculos y barreras adicionales que se presentaban cuando sus representantes o tutores legales no están de acuerdo con su decisión de interrumpir un embarazo (Corte Constitucional, sentencias T-841 de 2011, T-388

de 2009). La Corte ha establecido que “impedir que niñas menores de edad puedan interrumpir su embarazo es consagrar una discriminación con fundamento en la edad que sería irrazonable y contraria al art. 13 de la Constitución” (Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009). De igual forma, estableció que la salud “no cobija solamente la protección de su salud física, sino que también se extiende a aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental” (Corte Constitucional, T-841 de 2011), y que para la práctica de un aborto legal se requiere únicamente “que la menor de edad reciba información de manera clara, transparente y atendiendo sus capacidades sobre los riesgos que podrían presentarse en la salud si accede al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, los procedimientos más apropiados para llevarla a cabo y las obligaciones de acceso y servicio en cabeza del Estado, entre otros elementos” (Corte Constitucional, T- 697 de 2016). Aunque la regla supone su aplicación a todas las niñas y adolescentes que soliciten un aborto, en los servicios de salud, en los casos de niñas menores de 14 años todavía reina la confusión y la inseguridad acerca del procedimiento para verificar que puede dar su consentimiento.

Actualmente existe un protocolo específico para el caso de embarazos no intencionales de NyA menores de 15 años de edad, de 2014 (*Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada*). Este se complementa con la *Ruta de atención integral e intersectorial para el restablecimiento de derecho de niñas y adolescentes embarazadas*, que contempla las responsabilidades institucionales y las formas de actuación frente a obstrucciones o retrasos en la provisión de la IVE en niñas y adolescentes. El protocolo establece que en todos los casos, estas gestaciones pueden ser interrumpidas ya que se encuentran dentro de las causales de legalidad del aborto establecidas por la Corte Constitucional en 2006.

El protocolo establece también, que la presentación de la denuncia por delito sexual se torna en una mera formalidad, y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo cuando sea solicitada (Resolución 459 de 2012; sentencias T-209/08, C-355 de 2006).

Además, enumera una serie de conductas prohibidas frente a una solicitud de interrupción del embarazo de una niña menor de 14 años:

“Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C- 355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se encuentran, entre otras:

- Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido.
- Impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.

- Imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos.
- Alegar objeción de conciencia colectiva que desencadena, a su turno, objeciones de conciencia institucionales e infundadas.
- Suscribir pactos – individuales o conjuntos – para negarse a practicar la interrupción del embarazo.
- Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.
- Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud.
- Ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrarreferencia imprescindibles para atender eventos en los que el servicio médico – en este caso la práctica del aborto inducido – no está disponible en el centro hospitalario al que acude la paciente.
- No disponer dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo”.

En el mismo sentido, confirma el plazo de 5 días contados desde la solicitud de la práctica para llevar adelante la interrupción del embarazo, teniendo en cuenta, “especialmente en el caso de mujer menor de 14 años, la decisión de la niña prima sobre la de sus padres (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 459 de 2012 y sentencias T-841 de 2011, T 209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006)”. Finalmente, vincula a todos los subsistemas de salud colombianos con la garantía de acceso a la interrupción legal del embarazo en estos casos, activando las rutas de atención para sobrevivientes de violencia sexual, con el fin de que se investigue el origen del embarazo y se provea “un abordaje de tipo integral, multidisciplinario e intersectorial, según las disposiciones establecidas en el Modelo y el Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social).”

Aparece además, la Resolución No.1526 del 23 de febrero de 2016, de *Lineamiento técnico administrativo de ruta de actuaciones para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados*, que contiene en su anexo “Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE” pautas para

la atención de NyA. Sin embargo, no tiene consideraciones especiales para las niñas menores de 14 años, de acuerdo con la presunción legal colombiana. Asimismo, se desarrolla la *Línea jurídica frente a los casos de interrupción voluntaria del embarazo-IVE- del 24 de abril de 2017* del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la autoridad competente de NNA, en el mismo sentido.

Argentina

En Argentina desde 1921, el aborto se permite en tres causales sin límite de edad gestacional: cuando existe peligro para la vida de la mujer gestante, para su salud o cuando ha sido producto de violencia sexual. En todos los casos, como lo aclaró la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 2012, el derecho al aborto se protege para todas las personas con capacidad de gestar, sin importar su edad, capacidad mental, intelectual o psicosocial. En consecuencia, todas las niñas y adolescentes que se encuentren en alguno de estos supuestos tienen derecho al aborto legal y además un acceso prioritario con fundamento en los compromisos de protección de sus derechos humanos que se dan a nivel constitucional.

Actualmente 19 de las 23 jurisdicciones del país tienen un protocolo o guía técnica de acceso a la interrupción legal del embarazo. Desafortunadamente, el caso del acceso al aborto legal de las niñas y adolescentes más jóvenes sigue sub-regulado y presenta importantes obstáculos como lo han puesto en evidencia recientes casos que tomaron estado público⁶⁵.

De acuerdo con el estándar constitucional para el acceso al aborto, no se requiere intervención judicial en ningún caso, ni para la autorización de la práctica, ni denuncia previa de la violencia sexual, cuando esa sea la causal alegada. En estos casos, simplemente se debe adjuntar una declaración jurada en la que se afirma que el embarazo es producto de violencia sexual y que fue informada del derecho que le asiste tanto a la ILE como a que el Estado persiga al agresor en caso de que así lo desee.

En el caso de menores de 13 años (edad jurídica para el consentimiento legal), el equipo deberá informar al órgano de protección de derechos para que realice la denuncia correspondiente, ya que desde 2018 la violencia sexual contra niñas y niños es un delito de instancia pública y por tanto no requiere querrela de parte.

El Código Civil y Comercial en 2014 reguló el derecho a la disposición sobre el propio cuerpo y el consentimiento informado para prácticas médicas estableciendo la regla

65. Ver como ejemplos: https://elpais.com/sociedad/2019/03/26/actualidad/1553601793_174624.html ; <https://www.pagina12.com.ar/177619-la-trama-urdi-da-para-dilatar-la-violacion-de-la-nina-tucuman>

de la autonomía progresiva, con una indicación etaria flexible para el acompañamiento y asistencia en la expresión del consentimiento de niñas, niños y adolescentes. De acuerdo con el código, a partir de los 16 años todas las personas pueden consentir autónomamente cualquier práctica médica y no médica sobre su cuerpo. Entre los 13 y los 16 años, aquellas prácticas que no pongan en riesgo su salud y su vida; y antes de los 13 años se requiere asistencia. Estas son disposiciones que sirven como indicativas a los equipos de atención, pero deben evaluarse de acuerdo con las capacidades individuales de cada persona. En casos de menores de 15 años, las normas establecen también la notificación a órganos de protección de derechos para que la asistan en todas las demás cuestiones conexas a la ILE que pueda necesitar. Además, se integra la figura de los “allegados” como las personas de confianza que una niña o adolescente pueda tener como su red de apoyo para tomar decisiones sobre su embarazo, en los casos en que no puede contar con sus representantes legales o progenitores. Esto amplía el acceso al aborto, ya que, en sociedades conservadoras, la obligación de notificar a progenitores actúa como una barrera para la búsqueda de atención de salud NyA, especialmente en relación con la salud sexual y reproductiva.

El Protocolo nacional de atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación de 2015, actualizado en 2019, establece que las niñas y adolescentes son un grupo especialmente vulnerable; por ello indica especial consideración a dos aspectos de su atención: capacidad para consentir la práctica, y los recaudos para garantizar su participación significativa durante toda la atención de la ILE. En el caso de menores de 13 años, el consentimiento informado y en caso de ser pertinente, la declaración jurada sobre la violación, deberá estar firmada por sus representantes legales o allegados asistentes. Si no se pudiera poner de acuerdo o existiera conflicto de intereses, se debe resolver con la asistencia del equipo de salud,

En 2017, en el marco de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación se crea el *Plan Interministerial de Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA)*, estrategia que articula organismos gubernamentales de salud, educación y protección de derechos. Entre uno de sus objetivos se encuentra el de Prevenir el abuso sexual en niñas y adolescentes, así como garantizar el acceso a la ILE. En esa línea el *Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia* desarrolló la *Hoja de ruta para para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas* en 2019, que contempla el abordaje de situaciones de violencia sexual, el deber de denunciar y el acceso a la ILE. La Hoja de Ruta, el procedimiento para dar cumplimiento al deber de denunciar la violencia sexual. En primer lugar, siempre se debe incentivar que sea la propia gestante con su red de apoyo quien impulse la denuncia penal, con el fin de que puedan dar seguimiento y obtener una reparación por el daño del que fue víctima. En los casos de menores de 13 años que no estén preparadas o no quieran realizar la denuncia, el equipo de atención está en la obligación de poner en conocimiento de las autoridades locales competentes para que den seguimiento e inicien la acción penal, tomando los

recaudos y protecciones adecuadas para la gestante y su red de apoyo. Solo en caso de que no exista o no sea posible la articulación con estas autoridades, se deberá realizar la denuncia penal o policial de hecho, tomando desde el sistema de salud, los recaudos de protección para evitar mayores daños a la gestante. Esto teniendo en cuenta que la mayoría de los abusos sexuales en la infancia ocurren por familiares y conocidos que muchas veces conviven con las víctimas. El documento enfatiza que la evidencia disponible sustenta la afirmación de que todas las niñas menores de 15 años embarazadas tienen permiso para interrumpir sus embarazos, por el riesgo que supone para su salud y sus vidas, sin necesidad de otra prueba adicional.

Bolivia

En Bolivia desde 1972, el aborto es permitido en casos de violencia sexual en distintas formas y cuando hay peligro para la vida de la mujer o para su salud. En el año 2014, el Tribunal Constitucional del Estado Plurinacional de Bolivia emitió la Sentencia Constitucional N° 0206/2014 con relación a la interrupción legal y segura del embarazo en respuesta a una Acción de Inconstitucionalidad presentada el 2012 sobre el Código Penal. Esta sentencia constituye uno de los avances más significativos para los derechos de las mujeres en los últimos 40 años.

La Sentencia Constitucional establece que una mujer podrá acceder a un aborto legal y seguro en los casos en los que el embarazo sea producto de:

- Violación
- Incesto
- Estupro
- Cuando como resultado del embarazo, su vida o salud corra peligro

La Sentencia Constitucional ha puesto un límite a la interpretación del derecho a la vida y reconoce que hay primacía del derecho de la mujer en los casos de salud. Textualmente señala que: *“La protección a la vida es gradual y se va incrementando (...) vale decir que un feto goza de la protección que emana de la Constitución Política del Estado y las leyes, aunque en menor proporción que la que se le otorga a una persona nacida”*.

Asimismo, la Sentencia Constitucional es clara al señalar que cuando una mujer, niña o adolescente haya quedado embarazada como resultado de una violación, incesto o estupro, para interrumpir su embarazo de forma legal únicamente es necesaria la denuncia del delito y el consentimiento de la víctima. Por lo tanto, la copia de esta denuncia es el único requisito que la o el profesional médico le solicitará para proceder con la interrupción del embarazo.

La sentencia no establece límite gestacional para la interrupción legal del embarazo.

Esta sentencia es de carácter vinculante y obligatorio para todas aquellas instancias como el Ministerio de Salud, Órgano Judicial, Ministerio Público, Policía Boliviana y todos aquellos que intervienen en el acceso a la interrupción legal y segura del embarazo. Así, el Ministerio de Salud, en el marco de sus competencias y atribuciones establecidas en el Código de Salud y el Decreto del Órgano Ejecutivo de 2009, ha emitido el año 2015 la Resolución Ministerial No. 0027, por el cual se aprueba el documento denominado *“Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014”*, para ser implementado a nivel nacional, con el fin de generar una práctica médica con capacidad resolutoria de atención y así garantizar a las mujeres, niñas y adolescentes el acceso a la SSyR en el marco de sus derechos.

Esta normativa ministerial, tiene por objeto reglamentar la prestación en los servicios de salud de la interrupción legal y segura del embarazo, de acuerdo a la Sentencia Constitucional No. 0206/2014, para garantizar el derecho de las mujeres al acceso a servicios, oportunos y de calidad. La interrupción legal del embarazo debe ser practicada dentro las 24 horas de conocido el caso.

En el caso de NyA, el documento pone de relieve en su artículo 8 las obligaciones de las y los proveedores de salud y concretamente en caso de que la usuaria sea menor de edad será atendida presentando la copia de la denuncia de violación, la firma del consentimiento informado **pudiendo o no ser acompañada por una persona mayor, tutor, padres**, todo esto en el marco del p. III del Art. 157 del Código Niña, niño y adolescente que señala: *Las niñas, niños y adolescentes, tienen el derecho de acudir personalmente o a través de su madre, padre, guardadora o guardador, tutora o tutor, ante la autoridad competente, independiente e imparcial, para la defensa de sus derechos y que ésta decida sobre su petición en forma oportuna*; artículo que tiene su amparo en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia que le otorga validez e importancia a los Tratados y Convenios Internacionales ratificados por Bolivia y que se traducen en Leyes del Estado como es la Convención de los Derechos del Niño.

Asimismo, cabe resaltar que este Art. 8 establece dos aspectos fundamentales:

e. Interrumpir el embarazo cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro o **existan malformaciones congénitas letales de acuerdo a informe médico, siempre y cuando firme el Consentimiento Informado de manera libre, voluntaria y sin ningún otro requisito.**

k. En caso de que **la usuaria se encuentre con discapacidad mental** será atendida presentando la copia de la denuncia de violación, pudiendo o no ser acompañada por una persona mayor, tutor, padres.

Chile

Desde septiembre de 2017 rige la Ley de interrupción del embarazo (Ley N° 21.030) en las causales riesgo de vida, inviabilidad fetal y violación. En caso de violencia sexual en una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación; mientras que por el encima de esas edad el plazo es de 12 semanas. Para el acceso de acuerdo con la norma, además deberá contar con la autorización de alguno de sus representantes legales. En los casos en que no cuente con esa representación, ya sea porque se niegue o no exista o no esté disponible, o porque se sospeche de vulneración de derechos, la Ley dispone un procedimiento de autorización judicial sustitutiva frente a estas situaciones. Un integrante del equipo de salud asistirá a la niña o adolescente para que un juez constate la concurrencia de la causal. Requerida esta asistencia, el establecimiento de salud deberá coordinar la disponibilidad de un integrante para dichos efectos, idealmente el/la abogado/a del establecimiento, el/la trabajador/a social o cualquiera del equipo biopsicosocial que haya estado vinculado/a a la atención de la adolescente o mujer.

El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la NyA y al/a representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista. En caso de que el Tribunal deniegue la constatación de la causal, se asistirá a la adolescente o mujer para apelar dicha decisión, si ella persiste en su manifestación de voluntad. Se deberá esperar el pronunciamiento de la Corte de Apelaciones respectiva para proceder o no a la interrupción voluntaria del embarazo, según lo que ésta resuelva.

En Chile las relaciones sexuales con menores de 14 años se consideran violación en todos los casos. Por tanto todos los embarazos de niñas y adolescentes menores de esa edad podrán ser interrumpidos legalmente. En ese sentido, la *Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer* que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, trae consideraciones especiales para la atención de niñas embarazadas, especialmente en relación con su abordaje como víctimas o posibles víctimas de violencia sexual. En primer lugar, se prescinde de la solicitud del relato sobre la violencia sexual como origen del embarazo, sin embargo, se alienta la realización de una entrevista en la que se habilite la posibilidad de abrir el relato de lo sucedido en caso de la que la niña pueda tomar la consulta como una posibilidad para develar la violencia.

Asimismo, la norma establece que “cuando se trate de menores de edad que no cuenten con adultos protectores que puedan asumir dicha responsabilidad y cuidado, se deberá evaluar el requerimiento de protección en cada caso, debiendo movilizarse hacia la denuncia y solicitud de medidas de protección”. En todos los casos de embarazos de menores de edad producto de violencia sexual se deberá realizar la denuncia

correspondiente para que las autoridades del Ministerio Público investiguen en el hecho dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento del hecho, así como comunicación al Servicio Nacional de Menores.

México

Por ser un Estado federado, tiene regulaciones diversas en todo su territorio. En materia de aborto, la única causal reconocida en todos los estados es la de violencia sexual. Para las NyA el acceso a esta causal se debería dar de manera automática antes de la edad para el consentimiento sexual, que también varía en cada Estado. En consecuencia, los embarazos pueden ser interrumpidos si así lo solicita la víctima, inclusive sin que medie una denuncia o una autorización del ramo judicial.

En 2016 se reformó la Norma Oficial (NOM) 046 para que las sobrevivientes de violencia sexual, no tuvieran que presentar una denuncia para acceder al servicio de aborto y las niñas menores de 12 años pudieran acudir con la compañía de un tutor, sin que fuera forzosamente la madre o el padre.

Desde 2015 existe la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) que se centra en la mejora de los indicadores de medición del embarazo en la infancia y la adolescencia, así como el mejoramiento de la atención de estos embarazos, y su erradicación en menores de 15 años.

Perú

Se reconoce el derecho al aborto terapéutico, es decir cuando se encuentra en riesgo la vida o la salud de la gestante. La interpretación del permiso para el caso del aborto fue establecida en la *Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas* con consentimiento informado, en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal, en 2016. Esta guía contiene una interpretación restrictiva que limita el aborto a los casos de peligro para la salud. Así mismo, no alude en particular el aborto terapéutico para menores de 14 años.

A pesar de que el Perú ha sido sancionado por varios organismos internacionales de derechos humanos por negar el acceso al aborto terapéutico a NyA víctimas de violencia sexual cuya salud física y mental se encuentra en riesgo por el embarazo, las normas no contemplan específicamente estos casos e impone que sea su representante legal quien las asista para dar su consentimiento, sin tener en consideración casos de conflicto de intereses.

Brasil

En Brasil el aborto en caso de violencia sexual está garantizado en todo el territorio

nacional de acuerdo con el artículo 128 inciso II del código penal. Además, las relaciones sexuales con niñas menores de 14 años están penalizadas, dado que antes de esa edad no se reconoce capacidad para consentir relaciones sexuales (Lei dos Crimes contra a Dignidade Sexual – Lei n.º 12.015/2009, trouxe ao Código Penal Brasileiro o artigo 217-A). Por tanto, todos los embarazos de niñas menores de 14 pueden ser interrumpidos legalmente.

Las normas específicas para el manejo de estos casos son tres: i) el Protocolo para la prevención y tratamiento de embarazos producto de violencia sexual (3da ed. actualizada) de 2012, en el cual se explican los aspectos legales del permiso para el aborto, así como los requisitos para el consentimiento de las niñas menores de 14 años; ii) las Orientaciones básicas para la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes de 2018, en donde se detalla el manejo de las opciones frente a un embarazo en la infancia o la adolescencia; iii) y finalmente, la Guía de aspectos jurídicos para el abordaje de embarazos producto de violencia sexual, 2da. Ed. de 2011.

Las reglas que contemplan estas normativas para el acceso al aborto de las niñas menores de 14 años son:

- Siempre se debe dar un manejo interdisciplinario de estos casos para asegurar la atención psicosocial de la niña.
- Debe acudir siempre en compañía de al menos uno de sus representantes legales, a menos que refiera que existe un conflicto de interés en cuyo caso, integrantes del equipo de atención de la salud en conjunto con agentes del órgano de protección de niñas, niños y adolescentes local (Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude), la asistirán para decidir sobre la continuación del embarazo (art. 142 do Estatuto da Criança e do Adolescente).
- Su profesional tratante le debe informar de forma clara y completa las opciones que tiene frente a ese embarazo incluyendo la maternidad, la adopción y la interrupción legal. En cualquiera de los tres casos deberá contar con la asistencia de sus representantes legales, quienes deberán firmar un documento específico para continuar con la opción elegida en conjunto.
- Una vez establecida la asistencia debida para la interrupción del embarazo, ya sean representantes legales o las autoridades competentes, la NyA deberá completar junto con su/s profesionales tratantes tres documentos: 1) La declaración sobre las circunstancias en la que se produjo el acto de violencia que dio origen al embarazo aclarando lugar, fecha, cantidad de agresores, identidad si la conoce, parentesco, descripción física incluyendo raza, estatura, rasgos identificatorios, entre otras. Así como la existencia de testigos; 2) Consentimiento informado sobre la práctica, en el que se deja constancia de la información entregada tanto en relación con las opciones frente al embarazo como al procedimiento de interrupción y

los riesgos asociados; 3) Constancia en la que el equipo de atención firma haciéndose responsable del procedimiento; cada integrante en el rol que le corresponde.

La práctica no se condiciona a la autorización judicial ni a la presentación de una denuncia del hecho; sin embargo, se exige a los profesionales de la salud que confirmen que los hechos narrados y la fecha indicada coinciden con la posible fecha de inicio del embarazo que se pretende interrumpir. En el caso de las niñas menores de 14 años, dado que todas relaciones se consideran violaciones, este requisito pierde significancia.

Adicionalmente, en estos casos se debe notificar al Consejo Tutelar (Conselho Tutelar) local para que acompañe el caso y dé solicitud de agilizar el procedimiento. Así como a la *Promotoria Pública, ou à Vara de Justiça da Infância e da Juventude, ou à Delegacia da Criança e do Adolescente* o a la autoridad policial local, si no hay organismo especializado.

2.1.c Regímenes muy restrictivos del aborto legal

Los regímenes muy restrictivos para el aborto legal comprenden los países que prohíben totalmente el aborto y aquellos que solo lo permiten para salvar la vida de la persona gestante. Aunque son un porcentaje minoritario de países, resultan casos importantes por cuanto también presentan altos índices de embarazo y mortalidad por aborto inseguro en la franja de menores de 15 años. Países como Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Surinam, Haití, República Dominicana, Paraguay y Venezuela en la región.

Como se puede ver en el mapa arriba, en esta región se encuentran la mayoría de los países del mundo que prohíben totalmente el aborto, incluso en casos en los que está en riesgo la vida de la gestante y en los que el embarazo ha sido producto de violencia sexual, sin importar la edad de la misma.

Aunque se ha recomendado en numerosas oportunidades la despenalización y se han probado las consecuencias para las mujeres y la ineficacia del modelo para la reducción de la incidencia del aborto, estos países aún continúan desconociendo sus compromisos internacionales en materia de derechos humanos y aborto legal.

República Dominicana

En República Dominicana desde 2010, el aborto está prohibido en todas las circunstancias, como resultado de la adopción de la fórmula constitucional que protege la vida de forma absoluta desde la concepción (artículo 37). En consecuencia, las gestaciones producto de violencia sexual y las que ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres

y niñas no pueden ser interrumpidas legalmente. La evidencia muestra de manera contundente que esta prohibición solo alimenta el negocio del aborto clandestino y muchas veces inseguro.

En 2016 el Ministerio de Salud emitió el Protocolo de Atención para el Manejo Integral del Embarazo, el Parto y el Puerperio en Adolescentes Menores de 15 años. El protocolo contempla el manejo del aborto en curso, ya que el aborto terapéutico no puede ser ofrecido por las restricciones legales. Sin embargo, contempla la entrega de información sobre aborto seguro, con la explicitación de las consecuencias legales que puede traer su práctica, en el marco de los que se conoce como el modelo de reducción de riesgos y daños. De todas formas, la aplicación del protocolo puede ser muy dispar en el territorio, puesto que la información que el protocolo establece que debe proporcionarse es muy vaga. Además, el protocolo no impone la obligación de denunciar el hecho a las autoridades policiales, tampoco refiere el deber de confidencialidad y el secreto profesional como garantía para la atención de estos casos.

Sin embargo, el protocolo establece que en todos los casos las adolescentes pueden concurrir y recibir atención solas o en compañía de su/s representante/s legales o familiares, pareja o amistades. Así mismo, impone el deber de denunciar todos los embarazos de menores de 15 años (de acuerdo con la Ley No. 136-03), y se deben activar las rutas de actuación internas de los sectores de Salud, Justicia y Protección al Menor para el abordaje específico de estos casos.

Guatemala

En Guatemala el aborto se permite en caso de peligro para la vida de la gestante (art. 137 CP), y la interpretación normativa de la causal es sumamente restrictiva, entendiéndose solo como peligro inminente; por esto, el acceso al aborto legal es casi imposible en el país.

Desde 2018 existe una ruta de atención específica para niñas y adolescentes menores de 14 años embarazadas. Esta ruta solo contempla la atención para la continuación del embarazo, y no la posibilidad de interrumpirlo por los riesgos para la vida que suponen dichos embarazos. La ruta indica, en cambio, que cualquier organismo que tenga conocimiento de un embarazo debe dar noticia a las autoridades policiales para iniciar el proceso penal por violación y la autoridad de protección de niñez, que debe dar seguimiento al caso y enviar un informe mensual de lo actuado a la Mesa Técnica para el seguimiento del caso, y al Registro Nacional de las Personas con fines estadísticos. Cada entidad del Estado implementará una ruta interna para asegurar que se dé una atención interinstitucional de estos casos. La ruta de atención de salud contempla solamente la atención del embarazo y el parto, indicando cesárea en todos los casos de menores de 12 años y la posibilidad de parto vaginal para mayores de esa edad. Además del seguimiento estricto durante el primer año de vida con atención interdisciplinaria.

Dicha ruta de atención contempla distintos escenarios posibles de ingreso del caso: detección por centros de salud, educación, servicios sociales y presenta indicaciones específicas para el abordaje interinstitucional de todos los casos. Sin embargo, está concentrada en el abordaje criminal de la violencia sexual, y no en la restitución de derechos de las niñas víctimas de violencia sexual o que cursan un embarazo no intencional antes de los 14 años.

Desafortunadamente, el fracaso de las políticas de atención a niñas víctimas de violencia sexual se evidencia en las cifras de natalidad en la infancia, que han superado la media regional en los últimos diez años.

2.2 Estrategias regionales

En el año 2007, los Ministros de Salud de los países de la Subregión Andina, en la Resolución REMSAA XXVIII/437, se comprometieron con la prevención del embarazo en adolescentes. Hubo consenso en reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la subregión, y declarar prioritarios los planes para su prevención, su atención integral y para una respuesta intersectorial global. En octubre de 2010, a la luz de los avances y nuevas evidencias, los países resolvieron solicitar al Comité Subregional con el apoyo de los socios estratégicos, continuidad al trabajo que se venía realizando; extenderlo al tema de salud materna con enfoque intercultural priorizando las poblaciones originarias; focalizar acciones para la prevención y el abordaje del embarazo no planificado en adolescentes menores de 14 años. A partir de esta iniciativa se desarrolló el **Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente, PLANEA**. Con el objetivo de orientar y fortalecer la gestión de los países de la Subregión Andina hacia el mejoramiento de las acciones de salud y protección social, que respete el marco conceptual consensuado de enfoque integral, multisectorial y basado en el marco de derechos, con perspectiva de género y reconocimiento por la más amplia diversidad, para responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes, incluyendo la prevención del embarazo.

El plan incluye los principios rectores que deben tener las políticas públicas para el abordaje y prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (enfoque de derechos humanos, confidencialidad, autonomía progresiva, calidad de la atención, beneficio de los avances científicos, respecto de la diversidad y la interculturalidad, beneficencia, no maleficencia y justicia); así como derechos indispensables para el acceso efectivo a la salud, especialmente a la salud sexual y reproductiva (información, confidencialidad, educación sexual, participación efectiva y empoderamiento). Establece los principales enfoques que deben incorporarse

en tales políticas: género, desarrollo evolutivo, generacional, integral, de diversidad, intersectorial, interdisciplinario e interjurisdiccional para la integración andina.

Más recientemente en 2017, promovido por UNFPA, se emitió el **Marco Estratégico Regional para la Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional**, estrategia subregional para mejorar la implementación de la política local de prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del cono sur en el que participan Argentina - Brasil - Chile - Paraguay - Uruguay. Por su naturaleza el marco no contiene lineamientos de atención, sino los objetivos estratégicos y los principios que debe perseguir una política para el abordaje del embarazo no intencional en la adolescencia. Si bien no tiene un foco específico en niñas/os y adolescentes menores de 15 años, contiene importantes estándares para este tipo de políticas.

El acuerdo contiene 6 objetivos específicos que deberían perseguir las políticas públicas de abordaje del embarazo no intencional:

- Fortalecer los instrumentos normativos disponibles para la prevención y protección de los derechos de niñas/os y adolescentes
- Expandir el grado de institucionalización y alcance de las acciones de política pública ya disponibles en cada Estado.
- Garantizar el acceso y cobertura universal a servicios de calidad de salud sexual y reproductiva para adolescentes, y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Producir conocimiento, generar evidencias y gestionar el conocimiento para mejorar las prácticas
- Desarrollar estrategias sostenidas y sustentables de comunicación y promoción.
- Monitorear y evaluar la política en los diferentes niveles de implementación, a través de estrategias comparables y coordinadas.

Para alcanzar estos objetivos, el marco propone el uso de tres estrategias principales:

- Incorporar la perspectiva de derechos, género e interculturalidad.
- Incluir nuevos actores del Estado, de la sociedad civil y de las asociaciones juveniles, con énfasis en el trabajo intersectorial.
- Garantizar la participación protagónica de adolescentes y jóvenes en todos los niveles.

2.3. Observaciones sobre las regulaciones analizadas

Las regulaciones locales que han desarrollado estándares específicos para la atención de las interrupciones legales del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años, en general, hacen referencia a las siguientes cuestiones principales:

- **Capacidad para decidir sobre la continuación del embarazo.** A pesar de que el estándar regional y universal respecto a la capacidad de personas menores de 18 años es el respeto de la autonomía progresiva, y la mayoría de regulaciones reconocen explícitamente su aplicación en estos casos, las reglas específicas sobre su aplicación son todavía insuficientes. Existen importantes vacíos en la regulación respecto de la aplicación del estándar de autonomía progresiva, especialmente sobre los indicadores que permiten corroborar que niñas y adolescentes tienen la competencia necesaria para decidir sobre la interrupción de un embarazo. Existen algunas pautas etarias en las regulaciones, en general reconocen que a partir de los 13 o 14 años se puede presumir competencia para decidir sobre la ILE cuando no presenten riesgos anormales para la salud o la vida.
- **Asistencia y acompañamiento en el proceso de ILE.** La mayoría de regulaciones prevén que niñas y adolescentes menores de 15 años deben ser asistidas por una persona adulta ajena al equipo de atención de la salud durante todo el proceso de ILE. Sin embargo, existe importante variación en la rigidez de la designación de las personas legitimadas para este fin. Las regulaciones más restrictivas han limitado a la comparecencia representantes legales, desconociendo que en muchas ocasiones esta es una consideración expulsiva, ya que desincentiva o retrasa la búsqueda de atención, como lo ha mostrado la evidencia presentada en este documento. Las regulaciones más garantistas, no condicionan la atención de la ILE a la presencia de determinadas personas como requisito para la provisión del servicio. En cambio, establecen que la asistencia puede ser provista por cualquier persona de confianza o “allegada” elegida por la niña o adolescente. Algunas regulaciones como la chilena, no condicionan el acceso a la práctica a la anuencia de representantes legales, pero ordenan la comunicación de la decisión sobre la ILE a progenitores o representantes legales.
- **Conflicto de interés con representantes legales.** Dado que una proporción importante de los embarazos no intencionales antes de los 15 años son producto de violencia sexual perpetrada por integrantes de la familia o personas cercanas, muchas veces los representantes legales de las gestantes tienen un conflicto de interés y, por tanto, no son elegibles para acompañarles en el proceso de decisión sobre el embarazo. Este conflicto puede provenir de que son agresores, cómplices o encubridores, por ejemplo. Cuando el agresor es, por ejemplo, el principal

proveedor económico en la familia de la gestante puede presentarse resistencia por parte de sus familiares de develar la violencia sexual para proteger al agresor o la seguridad económica de la familia; sea o no por avenencia con el hecho, muchas veces las familias tienen confianza en poder resolver y evitar nuevas agresiones de forma privada. En casos como el anterior y cuando los representantes no están presentes, es necesario encontrar mecanismos para permitir el acceso a las prácticas. Las regulaciones revisadas tienen diferentes soluciones. Las regulaciones más garantistas como la de Argentina o Colombia, permiten que la decisión pueda ser tomada con la asistencia del equipo de salud interdisciplinario; otras en cambio, como la chilena imponen la participación, por medio de procedimientos abreviados, de jueces o juezas para corroborar la aptitud de la decisión de la gestante. En estos casos, todas las regulaciones establecen la obligación de informar a las autoridades de protección de derechos de niños/as y adolescentes para que tomen las medidas de protección necesarias para evitar nuevos episodios de violencia y restablecer los derechos vulnerados.

- **Consentimiento informado**⁶⁷. Respecto de las estrategias para obtener el consentimiento informado de niñas y adolescentes gestantes para la atención, ya sea de la continuación o interrupción del embarazo, se han encontrado diferentes estrategias. Todas ellas declaran el respeto por los principios de participación efectiva, autonomía progresiva e interés superior; sin embargo, la forma en que se operativiza puede resultar obstructora. La habilitación de personas de confianza para la asistencia en el proceso de atención. Lo mostrado es más adecuado para facilitar el acceso, ya que permite la intervención de personas que no estén en conflicto de interés y que puedan acompañar adecuadamente a la niña o adolescente gestante. Otro aspecto importante para la obtención del consentimiento informado es la entrega de información. Las regulaciones más detalladas contemplan la necesidad de entregar la información de forma neutral, completa y en lenguaje y modalidades accesibles, de acuerdo con las capacidades de la niña gestante y su red de asistencia. Sin embargo, sería deseable tener pautas más específicas sobre la interacción y las medidas de protección para evitar victimización secundaria.

63. Aunque en el caso de las niñas menores de 13 años, en general se requiere la participación de adultos protectores, existen algunas particularidades que deben considerarse en relación con la situación de niñas y adolescentes menores de 15 años con discapacidad. El consentimiento y el grado de tutela que persiste todavía en muchos países de la región en donde el modelo social de la discapacidad no ha sido efectivamente implementado, supone importantes desafíos. Para el efecto puede ser útil revisar el estándar desarrollado por la Corte Constitucional colombiana (sentencia T -573/16), reconociendo que las mujeres con discapacidad

tienen derecho a tomar sus propias decisiones, incluidas aquellas decisiones sobre su cuerpo y sobre su salud sexual y reproductiva. En los casos en los que la persona no logre manifestar su voluntad se deberá propender por la decisión que mejor garantice sus derechos y conserve las posibilidades de ejercerlos en el futuro. Para esta determinación, la Corte ordena que se conforme un equipo interdisciplinario integrado por un profesional de la salud, un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social para garantizar la atención respetuosa de los derechos de la NyA con discapacidad.

- **Abuso intrafamiliar.** De acuerdo con la evidencia regional y global sobre embarazo en menores de 15 años, el abuso sexual intrafamiliar es causa de una proporción importante de estos casos. En general, el abuso reiterado y la falta de información, incluyendo falta de educación sexual en edades tempranas, y mecanismos para comunicar este tipo de violencia, e incluso la falta de políticas que modifiquen patrones culturales de silenciamiento y desconfianza frente a denuncias de este tipo, son factores que intervienen en la producción de embarazos forzados en niñas y adolescentes. El manejo de estos casos requiere no sólo la intervención interdisciplinaria e interinstitucional, sino además, medidas de protección urgentes, más allá de la provisión de la ILE. En los casos de abuso intrafamiliar por ejemplo, es necesario tomar medidas para evitar que continúe la convivencia con el agresor y lograr que este no pueda tener derechos de representación sobre la víctima, también es necesario tomar medidas para facilitar la recuperación de la NyA como la terapia psicológica, reintegración escolar, entre otras. .
- **Denuncia por violencia sexual.** La mayoría de las regulaciones integran la obligación de develar, comunicar o denunciar el hecho a las autoridades que tomen conocimiento de la comisión de un delito, en general de violencia sexual; pero pueden haber otros además. En el caso del abordaje de embarazos forzados de niñas y adolescentes menores de 15 años, es necesario contemplar que más allá de la investigación penal sobre la violencia sexual, las gestantes necesitan la restitución de una cantidad de derechos que les han sido vulnerados y que, entre otras, han permitido que se dé lugar al embarazo. Por ello, en los casos en los que no llegare a comprobarse que existen situaciones de violencia, el solo hecho del embarazo temprano, indica la vulneración de otros derechos como el acceso a la anticoncepción, a la educación sexual, etc. El deber de denunciar la violencia sexual, depende de las características del derecho penal nacional y del delito de violencia sexual contra niña/os y adolescentes. Sin embargo, es muy importante que se aclare que este deber no puede nunca condicionar la atención de la salud, la restitución de otros derechos, ni el acceso a la ILE. Además, de que se deben establecer límites para la actuación a los integrantes del equipo de salud o de la escuela frente a la detección de un caso de embarazo en menores de 15 años, con el fin de evitar la revictimización. En el caso de niñas gestantes menores a la edad de presunción del consentimiento legal, este solo hecho debería servir como prueba de violencia y no requerir declaraciones o testimonios adicionales. Algunas regulaciones como la chilena y la uruguaya contemplan la realización de una consulta con equipos interdisciplinarios, que se dirige a la constatación de la verosimilitud del origen del embarazo en un hecho de violencia sexual. Estas regulaciones pueden llevar a victimizaciones secundarias y asignan una competencia que excede la experticia de los equipos de atención, ya que se trata de actividades que corresponden a los órganos judiciales competentes. Además de ser superflua, ya que todas las regulaciones regionales contemplan sanciones para la falsedad en las declaraciones, por las cuales será la gestante y su red de asistencia quienes deberán responder

en caso de que no resulten ciertos los hechos que fundamentan la causal invocada para solicitar la ILE. En este sentido, y para evitar lesionar los derechos de las gestantes, es necesario revisar el estándar de constatación de las causales. Los equipos de atención solo deben tener competencia para actuar sobre las cuestiones relacionadas con la atención y diagnóstico de las condiciones de salud integral de la solicitante de una interrupción; por cuanto la verificación de otras cuestiones adicionales compete a otras autoridades o a la propia solicitante

- **Acceso a la ILE por causal salud.** En todos los casos de NyA menores de 15 años existe suficiente evidencia del riesgo para la salud y la vida que conlleva la continuación de la gestación, por lo que puede darse curso a la ILE por causal salud o aborto terapéutico sin necesidad de indagar sobre la violencia sexual. Esta es una estrategia que puede ser contemplada en aquellos lugares en donde la causal violación tenga mayores requisitos u obstáculos de acceso. El fenómeno de la co-causalidad que está siempre presente en los casos de abuso sexual y embarazo forzado a cualquier edad, dado que todo embarazo forzado afecta la salud psíquica, física y social de las gestantes, se hace mucho más patente en el caso de estas NyA. Es por ello, que la recomendación para los equipos debe ser utilizar la causal que resulte más sencilla de aplicar y trabajar con la NyA y su red de apoyo para la protección de los demás derecho que hayan sido vulnerados. Las regulaciones no contemplan expresamente esta posibilidad, pero es un recurso legal y práctico que puede ser aplicado por todos los equipos de provisión de ILE en la región.
- **Atención integral.** La mayoría de los protocolos y regulaciones para estos casos contempla el abordaje interdisciplinario e interinstitucional; pero sería deseable encontrar pautas específicas que muestren mapas locales que faciliten la implementación de las rutas de atención y la articulación interinstitucional. Vemos que los esfuerzos realizados en Argentina, Uruguay y Guatemala (aunque este último no incorpora ILE) para el desarrollo de rutas específicas de atención, son necesarios para poder asegurar claridad en los procedimientos y unificación de los estándares de atención.

SECCIÓN 3

Recomendaciones

Este documento se ha construido sobre la base de la más reciente evidencia epidemiológica disponible en la región, así como los estándares internacionales en materia de derechos humanos y las regulaciones locales específicas para el caso de embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años.

En la primera sección hemos mostrado un panorama de la dimensión y profundidad de la problemática, así como un paneo por los principales efectos del embarazo y la maternidad en esa franja etaria. En la segunda sección hemos descrito analíticamente, utilizando los modelos de regulación del aborto, las normas y procedimientos específicos sobre acceso al aborto legal para niñas y adolescentes menores de 15 años en la región.

En materia de abordaje de los embarazos en la adolescencia temprana, hemos identificado de acuerdo a la evidencia disponible, que la tasa de fecundidad en la adolescencia para nuestra región continúa siendo de las más altas a nivel mundial; por ello se requieren acciones urgentes para garantizar que las niñas y adolescentes que se encuentran en esta situación puedan disponer de alternativas legales y seguras para decidir de forma libre e informada sobre la continuidad de esos embarazos.

Sabemos que existen, y suscribimos la importancia de las herramientas y compromisos de todos los países de la región para la prevención del embarazo en la adolescencia, que incluye la franja de niñas y adolescentes antes de los 15 años; sin embargo, en este documento nos hemos concentrado en la descripción del impacto y el abordaje de los casos en los que el embarazo ya se ha producido. Por ello no analizamos las herramientas de prevención, aunque reafirmamos que son piezas fundamentales para la disminución de este fenómeno, y que especialmente en nuestra región vienen mostrando resultados positivos.

A continuación, presentamos recomendaciones para la elaboración de un documento de principios y estándares de atención para el acceso al aborto legal de NyA menores de 15 años en la región, teniendo en cuenta que el mismo deberá ser adaptado en cada país de acuerdo a legislaciones y recursos disponibles.

En primer lugar, acercamos recomendaciones generales, para abordar el fenómeno y posicionar la necesidad de generar reglas, circuitos de atención, políticas públicas en general, que contemplen específicamente esta franja etaria. Luego presentamos nuestras recomendaciones para el desarrollo de pautas regionales de abordaje.

3.1 Recomendaciones generales

- Aumentar la visibilidad del embarazo en NyA menores de 15 años a través de la producción y difusión de datos que reflejen la magnitud y las consecuencias del embarazo, el parto y la maternidad en la franja 10-14.
- Formular lineamientos y principios básicos que puedan ser adaptados y desarrollados localmente, a partir de la identificación de los desafíos específicos que presenta la atención de estos casos; tanto desde los estándares normativos y de garantía de derechos, como desde el abordaje interdisciplinario e interinstitucional de los mismos, y la provisión segura de interrupción del embarazo
- Establecer criterios de priorización que permitan desarrollar estrategias flexibles que se adapten a diferentes realidades locales y recursos institucionales, para permitir una adecuada respuesta desde distintos sectores que garantice el derecho a decidir y la interrupción segura del embarazo; así como la restitución y garantía de sus derechos, en los casos que lo requiera.
- Formular propuestas de intervenciones estratégicas que permitan difundir e implementar los criterios, lineamientos y principios recomendados por expertas/os regionales para el abordaje de casos de embarazos de NyA menores de 15 años, con perspectiva de género, enfoque interseccional y de derechos humanos.
- Identificar las intervenciones ineficaces tanto técnicas como legales, y recomendar estrategias para avanzar progresivamente hacia intervenciones de eficacia demostrada.
- Desarrollar pautas para evitar la victimización secundaria o revictimización en los procesos judiciales que se desprendan de las situaciones de abuso de NyA menores de 15 años

- Trabajar en lineamientos para la difusión de información y el resguardo de la información de las NyA que solicitan y acceden a la ILE.

3.2 Recomendaciones para el desarrollo de pautas regionales de abordaje

Dado que este documento será utilizado como insumo para la realización de una mesa de expertas y expertos que tendrán la tarea de desarrollar los lineamientos, principios y estrategias regionales de abordaje para la ampliación del acceso a la interrupción segura y voluntaria del embarazo de niñas y adolescentes menores de 15 años, nos permitimos recomendar algunas acciones de la mesa para alcanzar dicho objetivo.

En términos técnicos no hay discusiones abiertas respecto del manejo médico de las interrupciones del embarazo en esta franja etaria diferentes a la pautan generales; por lo tanto las opciones sobre procedimientos y métodos a utilizar dependerán más de la edad gestacional y los recursos sanitarios de cada país, que de la edad de la niña o adolescente. Sin embargo, las pautas de atención de estos casos requiere validación en el grupo de expertas/os.

Las principales dificultades se dan en relación con la regulación y la interpretación de los estándares legales para la atención de estas situaciones. El desarrollo de marcos legales progresistas basados en el reconocimiento de los derechos de las niñas y adolescentes para controlar su sexualidad, su reproducción y decidir sobre su cuerpo en general, avanza también en nuestra región. Sin embargo, como se mostró en la sección 2 de este documento, la implementación de estos estándares es aún deficiente en la mayoría de los países. No sólo la lenta armonización de las normas específicas para el acceso a la salud, sino también las interpretaciones basadas en prejuicios y viejos paradigmas tutelares sobre la infancia y la adolescencia, han impedido la protección efectiva de los derechos de las niñas y adolescentes embarazadas. Por ello, instamos a que los países realicen un esfuerzo especial para la consolidación de recomendaciones que permitan avanzar en la aplicación de los estándares de garantía de los derechos humanos de estas niñas y adolescentes.

En este sentido a continuación, presentamos un esquema de los puntos a considerar para la elaboración de una hoja de ruta modelo para el abordaje de casos de embarazo de niñas y adolescentes menores de 15 años, para ser adaptada a nivel local en la región:

3.2 a Criterios generales para el abordaje de embarazos en N/A menores de 15 años

Como primera consideración, para el desarrollo de pautas de abordaje de estos casos recomendamos abordar aquellos aspectos que, de acuerdo con la evidencia disponible, se han constituido como barreras para la atención de niñas y adolescentes que cursan un embarazo. Especialmente en la adolescencia temprana, los aspectos legales relacionados con la capacidad efectiva para poder tomar decisiones autónomas acerca de su embarazo, y las condiciones en que pueden ser asistidas por personas adultas de su confianza, es todavía un desafío que implica la revisión de varias pautas legales y de procedimiento de atención. En este sentido proponemos revisar como mínimo los siguientes temas:

- Autonomía progresiva y representación legal
- Participación significativa en la decisión sobre el embarazo
- Confidencialidad / Secreto profesional
- Conflicto de intereses con representantes legales
- Consentimiento informado / Capacidad

3.2 b Enfoque para la atención integral de la salud de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas

En segunda instancia, recomendamos desarrollar pautas para la implementación de los principios, tanto legales como sanitarios que deben regir la atención y el abordaje de los casos objeto de este documento. Se debe abordar de forma conjunta y operativa cada uno de estos principios, de manera que se conviertan en directivas que consoliden un enfoque de derechos humanos, con perspectiva de género y atención de la salud centrada en las personas. Deben incluirse los siguientes enfoques en la atención:

- Derechos humanos. Principios de: interés superior, autonomía progresiva, participación significativa, justicia social, no discriminación, rendición de cuentas, entre otros.
- Género
- Interseccionalidad

- Interculturalidad
- Integralidad e interdisciplinariedad
- Especialización tanto en los criterios de atención como en los equipos tratantes.

3.2 c Puntos críticos para el diseño de una Hoja de Ruta de abordaje ⁶⁸

Detección del embarazo

En el caso de niñas y adolescentes menores de 15 años tanto por las condiciones de desarrollo biopsicosocial como por las restricciones en el acceso efectivo a los servicios de salud, educación sexual integral, entre otras, la detección del embarazo suele ser tardío (por motivos de desconocimiento que NyA tienen de su cuerpo y sus procesos; o negación u ocultamiento del embarazo mismo; presencia de abuso intrafamiliar, etc). En general, es más frecuente una detección imprevista o accidental que puede ocurrir dentro de la escuela, en actividades extracurriculares o comunitarias; o incluso, en un control de salud realizado por cualquier otro motivo. En otros casos, es la niña o adolescente quien plantea la situación de embarazo en forma directa, en general, acompañada por su madre o algún otro adulto. De todas formas, sea cual fuera la circunstancia, la atención de estos casos se tiene que considerar como una urgencia y deben identificarse los diferentes condicionantes que puedan explicar el embarazo a esa edad.

Ante una adolescente menor de 15 años en quien se confirma un embarazo, siempre se debe sospechar violencia sexual, sea en la relación que generó ese embarazo, o en su trayectoria sexual previa. El embarazo también puede ser producto de una relación sexual libre, consentida, entre pares, sin desequilibrio de poder (por edad, posición social, económica, etc.) y sin violencia. No por ello se debe asumir que sea un embarazo planificado o deseado: en su mayoría se trata de NyA que desconocen las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección, o no han tenido los medios para prevenirlo (información sobre salud sexual y acceso a métodos anticonceptivos seguros).

En todos los casos debe garantizarse un abordaje integral e intersectorial, y para ello es clave la elaboración de pautas claras y articulaciones que permitan dar curso a derivaciones y referencias oportunas que acompañen la atención:

68. Adaptado de "Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud". Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina, 2019.

- Pautas de actuación para la recepción de derivaciones en el sistema de salud de niñas y adolescentes, y el abordaje integral en el mismo
- Pautas de actuación en el sistema educativo para la derivación oportuna y con perspectiva de derechos de las niñas con sospecha o confirmación de embarazo
- Pautas para la articulación con la autoridad de protección de derechos de la infancia y adolescencia local, para resguardo y acceso a la justicia en los casos pertinentes

El desarrollo de cada una de estas pautas deberá contemplar las posibilidades y recursos tanto sanitarios como legales, con los que cuenta cada país.

Consejería en derechos y opciones

La consejería en derechos es fundamental para la atención integral de estos casos. Constituye un espacio de información que tiene como objetivo que las NyA puedan tomar decisiones conforme a su competencia y autonomía progresiva. Para ello, es necesario que cuente con la información adecuada para poder evaluar las diferentes posibilidades: interrumpir el embarazo o continuar con el mismo. Esta información debe estar científicamente validada, ser oportuna y expresada en términos sencillos. Teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad de la niña/adolescente, se recomienda que la interlocución se limite, en lo posible, a un mismo equipo de salud, evitando múltiples actores que pueden revictimizarla. Así mismo, es deseable que dicho equipo esté entrenado en la atención pediátrica y/o de adolescentes y en aplicación de la perspectiva de género en la atención, conformado por profesionales médicos, de salud mental y trabajo social. El abordaje integral adecuado y oportuno de la niña/adolescente embarazada requiere evaluar las circunstancias familiares, así como la detección de redes de apoyo. Las actividades del equipo de salud no deberían limitarse a las intervenciones de cuidado médico y gineco-obstétrico -se trata siempre de un embarazo de alto riesgo-, sino que, además, debe acompañar a la niña/adolescente para transitar el proceso y ayudarla a tomar las decisiones.

De acuerdo a esto, podemos considerar dos opciones:

- Información y abordaje sobre la interrupción del embarazo
 1. Información en derechos con perspectiva de género
 2. Técnicas y procedimientos
- Información y abordaje de las opciones para la continuación del embarazo
 1. Control prenatal y parto

2. Pautas para promover la crianza
3. Adopción

Anticoncepción pos-evento obstétrico

La anticoncepción debe enmarcarse en una consejería integral, antes de la interrupción del embarazo o del parto, y durante todo el proceso de atención. Esto es, la NyA debe llegar al evento obstétrico con una decisión tomada, de manera informada y de acuerdo a su autonomía progresiva y situación psicosocial, sobre si quiere usar un método anticonceptivo o no y, en caso de quererlo, qué tipo de método.

La Anticoncepción Inmediata Pos-evento Obstétrico (AIPE) es el acceso a un método anticonceptivo en el período posterior a un evento obstétrico –puerperio o posaborto- (ya sea parto vaginal, cesárea o aborto), antes del alta hospitalaria. En el caso de un aborto, el inicio inmediato de la anticoncepción, significa el día mismo del procedimiento quirúrgico o el día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto con medicamentos⁶⁹. Dentro de los métodos anticonceptivos más efectivos, se encuentran los dispositivos intrauterinos (de cobre y hormonal) y el implante subdérmico, que son, también, métodos anticonceptivos de larga duración (MALD) y deben ofrecerse siempre como una opción para el posparto y posaborto. Estos métodos cuentan con la ventaja de ser reversibles y eficaces. Así mismo, es importante reforzar el doble método, promocionando el uso del condón, ya que no solo aumenta la efectividad en la anticoncepción, sino que es imprescindible para la prevención de las ITS, incluyendo el VIH.

En síntesis:

- Evaluación de las condiciones particulares de la niña/adolescente
- Provisión de Métodos Anticonceptivos de elección de la NyA, preferentemente uno de larga duración

Es importante desarrollar pautas para la consejería de NyA que no son sexualmente activas, teniendo en consideración las medidas tomadas para evitar que siga siendo víctima de violencia sexual y la posibilidad de efectividad de las mismas, para desarrollar junto con la NyA una estrategia de cuidado de su salud sexual y reproductiva adecuada a su contexto y su voluntad.

69. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. OMS, 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bits-tream/47/9789243548715_spa.pdf?sequence=1.

Seguimiento integral

Dadas las condiciones y la situación de vulnerabilidad de la NyA embarazada menor de 15 años ya presentadas, la atención del evento obstétrico y el egreso institucional no implican la finalización de la atención. Muy por el contrario, requiere renovar los compromisos y reevaluar las estrategias para continuar acompañando la restitución del bienestar y la salud de la NyA. Resulta fundamental disponer de un sistema de referencia y contrarreferencia entre maternidades u hospitales donde se resolvió el evento obstétrico, y los efectores del primer nivel de atención. La presencia de dispositivos de atención en el terreno puede contribuir al armado de una red efectiva entre el primer y segundo/tercer nivel de atención, teniendo en cuenta los recursos familiares y sociales con los que cuenta la niña/adolescente al volver a su comunidad. Entonces, este seguimiento debe considerar, como mínimo:

- Articulación con educación para la permanencia o reinserción escolar
- Seguimiento por equipo integral con atención psicosocial
- Continuidad del tratamiento de salud mental en las situaciones de violencia u otras que lo requieran.

3.3 Método de control por la escasa evidencia disponible de la región

Proponemos, además, la aplicación de un método de control similar el utilizado por OPS en 2018, con el fin de validar las recomendaciones elaboradas en la mesa de expertas/os, dada la escasa evidencia disponible en la aplicación de estrategias de abordaje de estos casos específicos en la región y en el mundo.

Lista de control para la elaboración de lineamientos de abordaje dada la escasa evidencia sobre la regulación y la implementación de las regulaciones de actuación para el abordaje interdisciplinario e interinstitucional de casos de embarazos no intencionales de niñas menores de 15 años.

- ¿Esta intervención promueve el acceso a una decisión libre e informada de las niñas y adolescentes sobre su embarazo?
- ¿Esta intervención contempla la participación de una red de apoyo (familiar, comunitaria o afectiva) de la niña o adolescente, respetando sus derechos a la privacidad, confidencialidad y autonomía progresiva?

- ¿Son los beneficios de esta intervención superiores a cualquier posible riesgo tanto en materia de salud como de riesgos sociales, familiares o des-empoderamiento de la niña o adolescente?
- ¿Está la intervención respaldada por los principios y normas de derechos humanos, reconocidos internacionalmente para la protección específica de niñas y adolescentes, o tiene en consideración sus particularidades?
- ¿Entraña esta intervención algún riesgo, en particular para las niñas y adolescentes marginadas o con vulnerabilidades interseccionales?
- ¿Constituye esta estrategia un uso eficaz de los recursos limitados en la región?

Anexo 1

Cuadro 1: Información sobre abuso sexual en la región.

PAÍS	AÑO	FUENTE	DATOS	OBSERVACIONES
Bolivia. Gobierno Autónomo Departamental. Santa Cruz 2016.	2012-2014	Denuncias por delitos contra la integridad sexual de NNA.	4.637 denuncias de violaciones de NNA fueron registradas en el Departamento de Santa Cruz de la Sierra.	Se incluye este dato porque es uno de los pocos países que en sus estadísticas criminales registra la edad de las víctimas de los delitos sexuales.
Colombia. Briceño, Durán Florez, Blanco, Zorro Cerón, 2014.	2012-2014	Registros de un centro médico de Bogotá.	De 192 NNA menores de 18 años atendidos por este centro, 103 había sufrido abusos sexuales.	El 58% eran niñas de 9 años en promedio.
Chile. Observatorio de Abuso Sexual Infantil y Adolescente en Chile, 2016.	2014	Sistema de Registro de Información Estadística del Servicio Nacional de Menores.	9.092 NNA ingresaron a los programas de protección de derechos del SENAME: 7.728 (85%) por abusos sexuales; 808 (9%) por violaciones y 409 (4,5%) por explotación sexual comercial.	En todos los delitos, el porcentaje de niñas fue más alto que el de los varones.
Chile. Observatorio de Abuso Sexual Infantil y Adolescente en Chile, 2016.	2014	Ministerio Público Fiscal de Chile.	15.330 denuncias por delitos sexuales contra NNA.	81% fueron niñas.
Ecuador. Camacho y Mendoza, 2014.	2011	Encuesta Nacional sobre Violencia hacia las Mujeres.	557.207 mujeres de 15 y más años fueron abusadas sexualmente cuando eran niñas o adolescentes: 1 de cada 10 mujeres.	El estudio se basó en una muestra de 18.800 mujeres de todo el país.

PAÍS	AÑO	FUENTE	DATOS	OBSERVACIONES
El Salvador. Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud, 2008.	2008	Encuesta Nacional de Salud Familiar. FESAL.	10% de las mujeres fue abusada sexualmente y 8% fue víctima de violaciones, (sin diferenciar edad) Del total de mujeres que manifestó haber sido víctima de abusos sexuales se le preguntó la edad: 50% reportó que su primera experiencia ocurrió antes de los 15 años y 26% entre los 15 y 19 años. En total, esto implica que entre las mujeres con experiencia de abuso sexual, 3 de cada 4 lo tuvieron por primera vez durante su niñez o adolescencia. Del 8% que informó haber sido víctima de violaciones: 28% de ellas esta experiencia fue antes de los 15 años.	
Nicaragua. Instituto Nacional de Información y Ministerio de Salud, 2014.		Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud.	17% de las mujeres encuestadas fue violada cuando tenía entre 10-14 años; 6% fue violada cuando tenía menos de 10 años. 35% de mujeres fue víctima de abusos sexuales sin penetración entre los 10-14 años.	El estudio se basó en una encuesta de 15.266 mujeres de 15 a 49 años.
Nicaragua. Olsson et al., 2000, citado por Elksberg, et al 2017.	2000		Un estudio retrospectivo en adultos sobre experiencias de abuso sexual en la infancia en Nicaragua encontró que el 25% de las mujeres y el 20% de los varones reportaron violencia sexual antes de los 19 años. El 15% de las mujeres denunció violaciones cometidas o intentadas frente al 7% de varones.	
México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017.	2016	Encuesta Nacional sobre Dinámica en los Hogares (ENDIREH).	4.400.000 mujeres de más de 15 años sufrieron abuso sexual durante la niñez.	El estudio se basó en una muestra 11.474 mujeres de todo el país.

PAÍS	AÑO	FUENTE	DATOS	OBSERVACIONES
Paraguay. CEPEP, 2009.	2008	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva.	El 52% de las encuestadas tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años y lo hicieron con una persona 6 o más años mayor que ellas.	La diferencia de edad de más de 5 años en las relaciones sexuales de niñas y adolescentes de menos de 15 años es un indicador de violencia sexual. Hasta los 13 o 15 años, según los países, es considerada violación aun cuando haya consentimiento.
Perú. Trujillo Hidalgo, R. y Fransinetti Ybarguren, R., 2016.	2015	Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.	El 34,6% de NNA de 12 a 17 años fue víctima de violencia sexual alguna vez en su vida. Un 19,9% sufrió violencia sexual en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. Un 38% de los abusos ocurrieron entre los 12 y los 14 años. El 75% de los episodios de violencia sexual ocurrió antes de los 14 años.	El estudio se basó en una muestra de 3.102 NNA: 1.602, NN de 9 a 11 años. 1.500 NNA de 12 a 17 años. Pertenecientes a instituciones educativas urbanas y rurales.
Uruguay. Sistema de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia (SIPIAV). 2017.	2014-2017		319 NNA fueron atendidos por abusos sexuales en 2014 por el SIPIAV. En 2017 fueron atendidos 608 NNA que representan 22% de los casos ingresados en ese año.	
Uruguay. Veirano, Zunino, Pandolfo, Vomero, Guerrero, Gurin, García y Pérez. 2017.	Junio 2010 a junio 2014		156 NNA menores de 15 años fueron atendidos por abusos sexuales.	El 78% fueron niñas. El 54% fueron abusos sexuales intrafamiliares. La edad media de las víctimas era de 8 años. Solo el 45% de los casos fue denunciado.

Fuente: Chejter, S. e Isla, V. Abusos sexuales y embarazo forzado hacia niñas, niños y adolescentes Argentina, América Latina. UNFPA / Plan ENIA Argentina. 2018



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO

Con el apoyo de



**Embarazo y maternidad en
niñas y adolescentes menores
de 15 años.** Aportes de
evidencia socio-sanitaria y
jurídica en la región.



Con el apoyo de

