

# **RELATORÍA CLACAI**

## **Salud y derechos reproductivos de para embarazo no intencionado en menores de 15 años**

## **INDICE**

<b>Resumen de la jornada del 13 de julio-----</b>	<b>3</b>
<b>Resumen de la jornada del 14 de julio -----</b>	<b>17</b>
<b>Resumen de la jornada del 15 de julio-----</b>	<b>31</b>
<b>Resumen de la jornada del 20 de julio-----</b>	<b>51</b>
<b>Resumen de la jornada del 21 de julio -----</b>	<b>68</b>

**\*Las frases destacadas están subrayas con color amarillo**

## RESUMEN JORNADA 13 DE JULIO

### Ponencia de Guillermo Ortiz

. Bien, déjenme decirles que primero definiendo el tiempo de la adolescencia y vamos a hablar ahora de los embarazos no intencionados en adolescentes, pero específicamente en esta edad menores de 15 años. ¿Y por qué es tan importante esta edad? Vamos a recordar un poco, seguramente ustedes son mucho más expertos que muchos de nosotros que estamos acá, pero el período de 10 a 14 años es un período crítico o lo que se llama la adolescencia temprana y es un período bastante crítico, ya que en este período de 10 a 14 años es cuando también se está desarrollando la pubertad. Y la pubertad es básicamente aquel cambio entre la niñez y la adolescencia. En promedio se da entre 10 y 14 años, pero pueden pesar un poquito antes y terminar un poquito después. Estos cambios representan una etapa difícil para los niños adolescente, para los púberes, porque no solamente se dan cambios físicos, sino cambios psicológicos que muchas veces están vinculados al entorno social y es por esto que seas una etapa muy llena de bullying, muy llena de situaciones que todos nosotros recordaremos esta etapa de 10, 13, 14 años que es bastante difícil porque se acompaña de una maduración cognitiva, psicosocial, biológica, crecimiento, este apareamiento de las características sexuales secundarias que son, creo, mucho más visibles y notorias en la niña en la adolescente que a veces en los hombres. Pero; sin embargo, en el hombre tiene unas características un poco diferentes muy arraigadas al machismo, pero en esta ocasión nos vamos a enfocar en los cambios físicos que se dan en este periodo puberal de 10 a 14 años en las mujeres. Y ésta es una etapa muy crítica que me voy a tomar un tiempo analizándolo porque en este momento es crítico que se dé un embarazo. Aquí comienzan a darse el apareamiento del pezón mamario, lo que se llama telarquia. Ese pequeño botoncito que aparece, que a veces es casi imperceptible por la misma niña o los padres de familia. El apareamiento del vello púbico, pubarquia. Lo que se da y lo que con lo que se inicia en las niñas adolescentes es el crecimiento acelerado, de hecho, ustedes notarán que las niñas crecen un poco más rápido que los varones en esta etapa y son más altas que los varones y eso los hace a los varones sentirse un poco intimidados a veces en su entorno. Y, por último, aparece la primera menstruación, pero algo bien importante que todos estos cambios, específicamente los hormonales que van a terminar con el apareamiento de la primera menstruación, van a también ser cambios en la pelvis. La pelvis es un órgano importantísimo al momento del parto que hasta los 16 años se considera

todavía con una arquitectura infantil. Esto es importante recalcarlo porque explica mucho la alta incidencia de cesáreas en estos periodos de edad antes de los 15 años. Y existe también un punto bien importante porque algunas niñas tienen una ovulación o algunas adolescentes tienen una relación más temprana que otras y esto es interesante abordarlo por varias situaciones y no nada más por las diferentes teorías que hablan que en estos momentos el ambiente, la luz, el acceso al internet, el acceso al material erótico, etc., todo eso puede influir en la maduración de este sistema complejo hormonal encefálico que, no lo voy a explicar porque es bastante complejo, pero lo que es importante es que toda esta maduración ha hecho que a través del tiempo la edad de la primera ovulación o primera que consecuentemente vino la menstruación se ha ido acortando. Y seguramente muchos de ustedes conocerán historias que antiguamente la primera menstruación les venía a los 12, 13, 14, 15 años no era lo más frecuente, sino que posiblemente 15, 16 y esta tabla que no se ve muy bien, pero habla de cómo a través de los 1800 hasta los 1900 la edad de su primera menstruación se vino bajando de los 17 años - 16 hasta más o menos los 12-12.5 años que es en la actualidad en muchos de estos países industrializados. Seguramente ustedes tendrán esa experiencia también pero es importante que estos patrones de desarrollo temprano no solamente están influenciados por el entorno diríamos social que pudiese ser natural, sino también hay diversos estudios, y esto es lo importante, de que en algunos casos cuando existe una menstruación demasiado temprana; por ejemplo si menstruó a los 8 años, 7 años e incluso antes, es importante poner cierta atención porque puede estar asociado a algunos tipos de estimulación sexual muy tempranas. Específicamente poner atención a aquellos casos de abuso sexual y esto se ha asociado específicamente en unos 8 meses antes de lo normal del apareamiento del botón mamario y el vello púbico hasta un año antes de lo normal esperado. Y es así que se han escuchado casos anecdóticos, pero que se encuentran documentados. Seguramente ustedes conocerán el caso pues muy sonado de Lina Medina antes de Perú que más que un caso biológicamente estudiado y publicitado en esa época es un caso de un abuso sexual que nunca se dio solución en Perú. Creo que muchos de ustedes lo conocerán qué, bueno a los 5 años es la niña más de menor temprana edad que ha parido por un embarazo impuesto por violación.

12 millones de niñas entre 15 y 19 años y al menos, bueno, casi un millón de niñas menores de 15 verifican un parto cada año según la OMS y esto es ampliamente conocido como un problema creciente. Sin embargo, si ustedes revisan la gran mayoría de estadísticas hablan de la adolescencia en general pero muy poco se hace la distribución en menores de 15 años y se enfoca en ese grupo poblacional, siendo como ya expliqué, en esta primera parte de la charla, cuál es la importancia de este periodo de menos de 15 años en la etapa específicamente de la pubertad que puede romper todo este esquema del desarrollo en el que un niño está transformándose en adolescente, y posteriormente mujer, y que puede ser roto todo este proceso si se da un embarazo en este momento no solamente biológico sino desde el punto de vista social. Y es así que hay algunas revisiones y, éste es una religión que se realizó por la FLASOG, es muy buena, los invito a que la revisen, se encuentra en el repositorio de CLACAI y es cómo se comportan los abortos en las adolescentes menores de 15 años. Las consecuencias que obviamente son trágicas, a pesar de que no hay una gran evidencia, si hay algunos factores de riesgo vinculados en esta publicación que ya se establecen como una primera relación sexual antes de los 12 y 14 años no está diciendo “a los 12 y 14”. sino que puede ser incluso antes 10,

11, 8 años, su primer embarazo entre 13 y 15 años, una escolaridad básica, una condición socioeconómica baja o precaria y también una familia pues sin religión. Son varias circunstancias que en conjunto nos puede reflejar un perfil que puede ponerse atención específicamente cuando tenemos frente a nosotros una niña, una púber que está en esta etapa que puede darnos algunos indicios de abuso.

Para este grupo de niñas que son pues cerca de un millón de niñas menores de 15 años que tienen embarazos o partos por año hay opciones. Interrumpir el embarazo con atención médica de calidad según los parámetros del marco normativo de cada país y procurar que esto sea mejor es cada vez más, recibir apoyo integral para que se lleve adelante y que tenga una protección social y que el estado o el gobierno les procure a que esto sea efectivo y no solamente que sea pura retórica y no se pase a la práctica, como es costumbre muchas veces en nuestros gobiernos. Pero también, en algunos casos que se plantea esto de la adopción como una solución a los embarazos a esta edad hay que tener esta consideración siempre con los repuestos éticos-legales, cuidados necesarios de proteger subjetividad y el desarrollo de personas no siempre es una solución. Hay que tener en cada uno de estos tres puntos mucho cuidado en cómo se abordan y es por eso que desde CLACAI se ha querido abordar con propiedad científica y argumentos sólidos estos lineamientos para que estos diseños de los protocolos en los diferentes países contengan herramientas que puedan ser utilizadas para que sean incluidas en estos protocolos y no sean dejadas a un lado después. Está de más mencionarles a todos ustedes las consecuencias de llevar a término o lo más que se pueda un embarazo impuesto en una niña y digo niñas porque entre más se acercan a los 10 años son más niñas de adolescentes, pero en la menores de 15 años y esto porque en algunos de los casos cuando se quiere inclinar la balanza hacia la adopción o hacia los cuidados prenatales se omite mucho de esta información, pero lo que sí es importante que debe de revertirse y tienen que saber las niñas o estas adolescentes tempranas que la probabilidad de mortalidad es dos o tres veces mayor que en las mayores de 15 años y esto creo que cualquiera que lo tenga esta información debe de pensarlo dos veces antes de continuar con un embarazo y si así lo decides, pues será una decisión informada. Ahora bien, si después de esta decisión la mujer, la niña, la adolescente en este caso decide después no asumir el riesgo e interrumpir, así como teníamos los protocolos quisimos también aportar con algunas guías técnicas sobre la atención integral para las menores de 15 años que están dirigidas a los profesionales y todos aquellos que están en la ruta crítica de atención para este grupo poblacional etario. Y específicamente nuestro mensaje es que no seamos nosotros con nuestro abordaje clínico, con nuestro abordaje institucional quienes convirtamos a esta niña en mujer, que no seamos nosotros mismos los que nos encarguemos en convertirla en mujer. Y acá pues, partiendo de algunas historias que pueden surgir, y particularmente tengo algunas de niñas de 10, 11, 12 años en dónde pues lo que menos querían en las instituciones es que le dijéramos señoras o que las tratáramos y que las colocáramos con el resto de las mujeres embarazadas. Ellas querían estar jugando, dibujando con crayolas, comportándose como lo que realmente eran niñas y que el hecho de que estuviesen con un embarazo impuesto no dejaba de ser niñas. Es por eso que quisimos tener, a bien, dejar esto plasmado en esta guía clínica con algunos apartados muy especiales, específicamente uno de los mayores retos es el manejo del dolor. Otro de los factores que hablábamos y que comenzamos en esta guía es esto del porqué es tan importante el examen

físico y aquí comenzamos ya a abordar lo que es el tema de cómo iniciamos la evaluación clínica de las niñas, de la adolescencia temprana, y es tener en mente que muchas de ellas pueden haber sido sujetos de abusos tempranos y hay que tener en mente lo que ya mencionábamos anteriormente. Pero también, cuando llegue una niña, una adolescente temprana de menos de 15 años, muy probablemente la encontremos en etapas gestacionales embarazos más allá de las 13 semanas, o sea en el segundo trimestre, y esto se da por varios factores. Uno de ellos es obviamente están en una etapa, como ya mencionamos que todavía están conociendo su cuerpo, o sea no tenían la capacidad de identificar que estaban embarazadas. También muchas de ellas tienen esta negación del abuso, no saben que estaban siendo abusadas por la deficiencia de educación sexual en las escuelas o por los mismos padres muchas han tenido un ocultamiento por temor, sucede en algunos entornos con mucha violencia específicamente violencia de pandillas o violencia en el contexto en donde tienen que ocultar su embarazo, el mismo rechazo familiar o los lugares geográficos son inaccesibles para ellas. Y es posible que en ese momento esta adolescente temprana, está menor de 15 años sea su primer contacto a lo mejor no con un médico, pero sí con un examen genital que va a tener que realizarse y esto, si nosotros estamos acostumbrados a hacer en algunos casos maquiladores del sistema de salud y la vamos a ver como bueno viene alguien más igual que el resto, esto se nos puede olvidar y hay factores que debemos de considerar como que tienen un mayor dolor, hay que conceder un tiempo adicional. Si habíamos establecido 15 minutos, que son los estándares a veces que se establecen para una consulta, probablemente aquí necesitamos 45 minutos. Hay que tratar de reducir sus tumores, respetar sus diferentes circunstancias que están teniendo, hay que conocerlas, hay que asegurarnos que esta decisión que se está tomando sea suya, que no tenga una presión coercitiva, tener un lenguaje apropiado, que hay que leer un poco. Yo en lo personal, incluso les comparto muy honestamente, dentro de mi formación como ginecólogo y obstetra no se nos enseñó cómo examinar a una adolescente, esto muchos muchas veces se le deja a un pediatra, el pediatra es el que va a realizar este examen clínico de las niñas, pero no se nos prepara, no solamente del punto de vista biológico sino como desde un abordaje desde la perspectiva de derechos. El cómo poder investigar con ellas algunas palabras claves que nos indiquen están siendo coaccionadas a tomar alguna decisión y esta otra parte es bien importante, la descripción de los pechos de acuerdo a ciertos criterios que existen ya establecidos para poder establecer la edad biológica y con respecto a la edad cronológica, porque esto también en algún momento puede sugerir que esta adolescente temprana fue abusada. Por ejemplo, es normal que encontremos, ahí vemos en números romanos 5, un desarrollo casi completo de su glándula mamaria y del vello púbico. Esto podría corresponder más o menos a unos 15 o 16 años, pero no esperaríamos tener esa etapa 5 de Tanner cuando tiene 8 o 10 años ¿no?, esto podría hacernos a nosotros pensar que ha tenido un cierto grado de estimulación temprana y que pudo haberla llevado a un desarrollo temprano de sus características sexuales secundarias y también a una ovulación temprana, probablemente haya tenido y algunas menstruaciones previas. Y algo bien importante en el caso de que sea necesario, no todos los casos de embarazos impuestos en menores de 15 años van a requerir un examen vaginal, pero en el caso que sea necesario por circunstancia, específicamente si se va hacer una aspiración manual endouterina o una adaptación y evacuación, también hay que hacer con ciertas técnicas, no se introducen toda la mano como normalmente se haría, es un dedo a lo largo de la pared vaginal o incluso se puede hacer un tacto rectal, no necesariamente va a ser un tacto vaginal.

En algunos casos pues se tendría que hacer una toma de citología o papanicolau si está indicado, pero lo que también es importante es recordar que puede ser su primer examen ginecológico. Si está la madre de la niña, si se acercan los 10 u 11 años puede ella también estar ahí en la sala que es lo ideal, que esté en la sala de examen para que pueda ella ser también un apoyo para esta niña y que colabore el examen.

También pueden surgir muchas dudas y hay mitos sobre que un aborto a las menores de 15 años es más peligroso que en una mayor de 15 años y ahí viene muchos mitos de que “no, déjela que lo tenga que lo para porque en el aborto se les va a morir”, etc. y eso es más un mito. Realmente científicamente e incluso hay ciertos artículos que demuestran que incluso la tasa de mortalidad por aborto es hasta un poquito menor en las menores de 15 años que el resto de población en general, si se lleva a cabo, por supuesto, en el primer trimestre tiene menos complicaciones, según algunos autores. Y hay que también recordar, y acá hay un punto importante, que la tasa de mortalidad asociada a embarazo entre mujeres que dieron a luz a neonatos es de 8.8 por 100,000, es decir, 8.8 mujeres van a morir por 100,000 nacidos vivos por cualquier complicación del embarazo. Para menores de 15 años esta tasa se multiplica. Si una niña de menos de 15 años llega a parir este riesgo se incrementa a 27 por 100.000.

Ahora, una tasa de aborto inducido en el primer trimestre la tasa de mortalidad y de 0 puntos por 100,000, es decir, que es mucho menor el riesgo que tenga un aborto a que lleve un parto en esta edad. El riesgo de muerte se asoció con el parto aproximadamente 14 veces más que con el aborto. Y esto pues, los que quieran, hay estudios, esto también está en el documento que les he compartido, estos son otros estudios que están también en el mismo documento, la seguridad del aborto con medicamento en menores de 15 años y vean como obviamente la seguridad en general aquí están unos por mil otros son por cien mil, en general son las tasas de mortalidad en menores de 18 son  $1.3 * 6000$  son muy muy bajas. En general el promedio es  $1 * 100$  y como vimos, si una niña de menos de 15 años lleva su parto o lleva su embarazo hasta el final tiene  $24 * 100,000$ , o sea es mucho mayor el riesgo. Lo que sí, al comparar ambas poblaciones menores de 18 y más de 18 que es lo que hay actualmente para poder compartir con ustedes es la lesión cervical cuando se hace una aspiración manual endouterina que es un poquito mayor que en las mayores de 18 años. Aunque no existe alguna diferencia en la seguridad de la realización de una aspiración manual endouterina en las menores de 15 y mayores de 15, sí la hay en los desgarros del cuello y esto es porque el cuello uterino en las adolescentes tempranas es mucho más firme y podría esto ser sujeto de que en algunos casos se pueda desgarrar a la hora de estar traccionando, es por eso que en este grupo etario se recomienda siempre hacer una preparación cervical o reblandecer el cuello con misoprostol y con eso pues las laceraciones cervicales se van a reducir notablemente, incluso pueden hasta desaparecer.

Pero el reto quizás más grande, aparte de que hemos hablado de que la seguridad en términos del aborto con medicamentos y quirúrgico para las menores de 15 años es ya aprobada y consistentemente sigue siendo estudiada científicamente y se ha demostrado que no hay un mayor riesgo, sí el manejo del dolor es un punto elemental y clave. Y ¿por qué? Porque medir el dolor siempre es complicado en cualquier grupo etario, pero en las menores de 15 años puede representar un especial reto porque esta comunicación que debe existir requiere ya la utilización

a lo mejor de algunas herramientas. Acá ustedes ven que tenemos estas herramientas que se utilizan para poder, gráficamente, que expresen qué nivel de dolor sienten las niñas. Usualmente la más conocida es la de las caritas en donde podemos tener una de estas herramientas en un sitio donde realizamos interrupciones y pedirle a dónde está el dolor no y de acuerdo a esto pues administrarle el tipo de medicamento que necesite. Esta gráfica del estado del dolor es muy utilizada en los hospitales pediátricos, entonces es importante que la tengamos porque para nosotros siempre va a representar un reto.

Ahora, en el término de qué hablábamos al inicio que por las diferentes circunstancias muchos de estos embarazos se van a encontrar en el segundo trimestre y muchas veces 22, 24 semanas, incluso puede ser más, si tenemos a la disposición qué metodología o técnica que se utilizan para la labor del parto como la anestesia o analgesia epidurales controlada continua, puede ser beneficioso específicamente si se está pensando en un aborto con medicamentos. Obviamente en los abortos que son quirúrgicos pues seguramente habrá que hacer una combinación de bloqueo paracervical con una anestesia consiente, pero en general también recordar que muchas veces asumimos que las dosis son estándares, pero la dosis normalmente se ha calculado para mujeres de entre 60 a 70 kg en promedio, dependiendo del lugar, pero el peso promedio para a una niña de 10 u 11 años va a andar de 50 kg o quizás menos. Por lo tanto, hay que recordar que a esta edad posiblemente necesitemos dosis pediátrica, tanto de medicamentos narcóticos, el mismo ibuprofeno que sabemos que tenemos que utilizarlo con las dosis correctas para evitar consecuencias renales o gástricas. Es por eso que debemos siempre tener conciencia de esto.

Una pregunta que se puede hacer y se hace “¿bueno la mifepristona y el misoprostol hay que ajustar las dosis por el peso porque son niñas?” y la respuesta es no. Existen diferentes estudios que ya se habían preguntado esto “¿bueno habrá que ajustarlo?” y la respuesta es no. No hay necesidad de hacer ajustes por kilo ni de la mifepristona ni del misoprostol. Si hay que hacerlo en todo el resto de los medicamentos, específicamente si vamos a cumplir diclofenaco, sí se va a poner nalbufina, si se va a poner derivados de la morfina, etc. y recordar también que las dosis de analgesia y anestesia tanto raquídea, regional, epidural también tendrán que ser administradas por alguien que tenga experiencia en administración en niños, en pediátricos. Estamos hablando, y para los que hemos atendido a esta edad etaria, prácticamente son niñas y ustedes tendrán la imagen muy presente de las camas quirúrgicas y las camas hospitalarias que apenas, a veces apenas llegan a llenar la mitad de la cama la estatura de estas niñas, entonces son básicamente niñas en cuanto a su arquitectura y su peso.

### **Ponencia de Viviana Mazu**

Cuando hablamos de la interrupción del embarazo en menores de 15 años lo primero que nos aparece es, bueno, cuán prevalente es este tema y, entonces, si miramos nuestro país lo primero que no salga la vista es el mapa de la desigualdad. Es el mapa que podríamos, yo siempre digo podríamos poner una antigüedad, usar el papel de calcar y creo que, si pusiéramos por encima papel de calcar con los otros indicadores de desigualdad de pobreza, de necesidades básicas insatisfechas, de deserción escolar, de acceso a los servicios de salud esos mapas son los mismos. Entonces uno ve que la existencia de lo que sería en este caso la tasa de fecundidad

en la adolescencia temprana en nuestro país está absolutamente ligado a las condiciones de vida que las niñas tienen en cada distrito de nuestro país, en donde tenemos estas asimetrías de encontrar una tasa de 0,3 en la ciudad de Buenos Aires con una de 5,2 en Formosa, en Chaco, en las provincias del noroeste y el noreste de nuestro país en donde las condiciones de vida y desigualdad son enormes. Y entonces pensaba justamente que uno puede medir los fenómenos en magnitud en cómo prevalecen, pero también en relación con la profundidad que esos fenómenos tienen o el daño. A mí me aparece como una imagen de lo transversal y longitudinal, algo puede ser terriblemente prevalente pero cada caso, cada situación produce un impacto y un daño en la subjetividad de las personas y también de los grupos sociales muy importantes. Entonces, cuando vemos también estos indicadores en forma de tabla, en forma de mapa vemos que para todo el país la tasa de fecundidad adolescente digamos totales de 25,4 y la temprana de 1,4 y cuando bajamos en la distribución por provincias vemos nuevamente como estas asimetrías persisten y prevalecen. Y cuando desarmamos esta tabla y la armamos en edades concretas vemos, eso que antes los traía de alguna manera Guillermo, que no es lo mismo un embarazo a los 10 años que un embarazo a los 15 ni un embarazo a los 19 aunque estemos hablando de que todas estas niñas o jóvenes están atravesando una situación particular, un proceso tan particular como es el atravesar ese fenómeno social y cultural y también biológico que es la adolescencia.

Cuando nos preguntamos por qué esas niñas llegaron a parir y miramos qué pasó con el acceso a interrupciones de embarazo lo que vemos para el año 2020; por ejemplo, en la ciudad Buenos Aires es que los datos fueron valorados sobre 7862 casos, pero hubo 8033 interrupciones legales de embarazo en la ciudad de Buenos Aires durante el año 2020 en plena pandemia. Lo que vemos es que el 10% de los casos se trataron de situaciones vinculadas a adolescentes y cuando comparamos con los años anteriores ese porcentaje era de un 15%, entonces ahí se nos prende una luz importante y nos aparecen dos preguntas. La primera pregunta es si en las condiciones de aislamiento que se produjeron durante la pandemia eso repercutió en la posibilidad de las niñas y las adolescentes de pedir ayuda o no a los servicios de salud, de llegar o no a los servicios de salud y entonces recurrieron en menor medida a la interrupción del embarazo porque no pudieron llegar a los servicios de salud. Y; por otro lado, también sabemos que algunos, muchos embarazos, se producen en la adolescencia particularmente en momentos en la salida del hogar y que la pandemia ha limitado fuertemente esta salida del hogar ya sea para la escolaridad o para los encuentros sociales, por lo tanto, la otra pregunta es si hubo menos interrupciones porque las niñas y las adolescentes de la ciudad de Buenos Aires quedaron embarazadas en menor medida a lo largo de la pandemia. Y cuando lo comparamos con la cantidad de partos, nos volcamos para esta segunda opción, hubo menos acceso los abortos, pero también hubo menos partos en niñas y adolescentes en la ciudad Buenos Aires durante el período 2020.

Lo que sí vemos es que es hubo 36 niños de menos de 15 años que accedieron a una interrupción legal del embarazo. Entonces como son 36 que accedieron y hubo 30 que no y debemos preguntarnos qué pasó con esas 30 que no han solicitado, ¿se les ha ofrecido una interrupción legal del embarazo o han llegado en momentos de embarazo tan tardío y avanzado que esta posibilidad no pudo contemplarse siquiera? Entonces nos preguntamos; en primer lugar, en que

marco no vemos, tomamos la interrupción de embarazos en la adolescencia para tratar de que esa lectura sea una lectura de cuidado, pero que no abone al estigma y a la patologización. Entonces; en primer lugar, está diferenciación que hacemos en embarazos de niñas menores de 15 años, en jóvenes de 15 a 19 porque entendemos también que, si bien hay cuestiones de época, en las que esto es más asociado a costumbres de la época, no hay un solo modelo social de adolescencia en las distintas comunidades que conviven. A lo largo y ancho de nuestro país hay distintos modelos de adolescencia que conviven con proyectos o no de maternidad y paternidad temprano y que hay que contemplarlo desde una mirada que no sea estigmatizante y patologizadora. Y también nos pasa que nos parece que la situación del embarazo en la adolescencia nos tiene que hacer pensar en cuestiones previas que tiene que ver con qué vínculos tienen los servicios de salud con los y las adolescentes y que eso determina de una manera importante el acceso que esas niñas, esas jóvenes van a tener a los servicios de salud en una situación de embarazo. Entonces, hay que trabajar no sólo sobre el hecho consumado y esas situaciones de embarazo ya producidas, sino hay que revisar cuál es el vínculo que esos servicios de salud están manteniendo con los y las jóvenes en las distintas localidades y promover un acceso temprano, seguro, sencillos a los servicios de salud que permitan recurrir tempranamente ante una situación que las adolescentes pueden considerar como fuera de lo esperable y qué parte de esos vínculos se construyen cuando los servicios de salud trabajan en articulación con las organizaciones sociales, con organizaciones barriales, con las escuelas. Hay modelos muy interesantes de consejerías en escuelas que articulan los servicios de salud con este trabajo en las instituciones donde los y las jóvenes encuentran transcurriendo su vida. Y en ese sentido también las organizaciones sociales feministas y, particularmente, el movimiento de socorristas que trabaja tan fuertemente ligada a donde las niñas y las jóvenes viven me parece que es un modelo importante para tomar de articulación entre los servicios de salud y esas organizaciones.

Un poco para contar, digamos, en cuál es el marco jurídico que tenemos en nuestro país, lo digo para contar y para lucir con orgullo porque bueno la Argentina y la mayoría de ustedes lo conoce así. En el último día del calendario del año 2020 se aprobó una nueva ley que fue la ley 27610 que favorece la interrupción voluntaria del embarazo para todas las personas gestantes que así lo deseen en un marco de determinado plazo. Entonces pasamos a integrar el caudal de países que tienen un régimen mixto en la regulación del acceso a la interrupción del embarazo en el que se combina plazos que permiten el acceso con causales que permiten el acceso por fuera de esos plazos. Entonces a partir del 23 de enero que se promulgó esta ley, en nuestro país las personas gestantes pueden acceder a una interrupción voluntaria del embarazo hasta las 14 semanas completas, o sea 14 semanas y 6 días y 23 horas podríamos decir, en esos plazos no es necesario para solicitar la interrupción de un embarazo más argumento que la propia decisión y esta solicitud por la persona gestante. Esto nos abre una cantidad de puertas enormes para que las personas no tengan que rankear en el acceso a causales para la interrupción del embarazo. Pero por fuera de esas edades estacionales a partir de las 15 semanas, las personas pueden acceder a la interrupción legal del embarazo cuando el embarazo cumple con algunas características o causales, o sea cuando el embarazo es producto de una violación o de una relación sexual no consentida, cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la

persona gestante. Y en ese sentido tenemos un enorme consenso con que todas las gestaciones en menores de 15 años deben ser consideradas en el marco de un riesgo para la salud.

Ya Guillermo nos estuvo contando con muchísima claridad cuál es ese diferencial en el riesgo de morir, por ejemplo, en embarazos continuados con gestas en niñas menores de 15 años, Nosotros tenemos algunas guías muy interesantes distribuidas por el Ministerio de salud de nación en nuestro país, que plantean que todas las gestas menores de 15 años deben ser consideradas como gestas de riesgo. Y acá tenemos un problema que nos aparece que tiene que ver con cuál es el límite en la edad gestacional para acceder a una interrupción de embarazo.

Y nosotros entendemos también que esa negación del problema tiene que ver con algo defensivo que los equipos de salud toman como conducta, porque, aunque nos capacitemos, aunque pensemos estas situaciones, cuando se detecta una situación de embarazo precoz en una edad temprana hay un gran impacto en los servicios de salud.

Yo lo tengo representado en mi cabeza como una situación en la que tengo que buscar alguna excusa para salir del consultorio, cuando me encuentro en una situación así, como que necesito salir de la escena, tomar aire, comentar esto con alguna compañera o algún compañero de trabajo, Creo que tenemos que poder registrar que los equipos de salud estas situaciones nos producen un impacto subjetivo importante para poder abordar y trabajar mejor en esto. Creo que quizás aparecen o lo vivimos como situaciones vinculadas a la impotencia, al qué pasó, dónde estábamos, qué no hicimos. Y, por otro lado, aparece fuertemente la responsabilidad de cuidado, a partir de que tomamos conciencia, tomamos conocimiento de que estamos en una situación de embarazo en una niña y nos aparece fuertemente la responsabilidad de que somos quienes tenemos encabezar un proceso de cuidados de esta niña que no los tuvo hasta este momento, como que tenemos que hacernos cargo de estas situaciones. Entonces creo que, ante eso, la práctica interdisciplinaria que el primer nivel de atención tiene muchas veces como modo de ser, como modo de transcurrir y de trabajar es un enorme recurso. Como ya decía eso, necesito salir del consultorio y encontrarme con una compañera de mi misma disciplina o de otra disciplina para poder comentar y pensar juntos y juntas qué hacer, cómo pensar o iniciar un proceso de cuidado con esta niña.

Creo que otro aspecto importante que se abre y que también es parte de las tensiones que emergen, es esta tensión entre la privacidad, la confidencialidad y el deber de cuidado, que nos aparece más claramente con las personas adultas, pero con una niña que necesita un soporte en relación a los cuidados que los adultos deben proveerle, nos aparece con complejidad esta tensión en relación a la confidencialidad. ¿Cómo hacemos para cuidar cuando una niña de 13 años viene y nos dice que no quiere que le contemos a nadie lo que se está poniendo en escena en esa consulta? Nosotras sabemos que no podemos no contárselo a nadie, pero a la vez tenemos que garantizar un espacio de confianza y de cuidado en esta confidencialidad que el adolescente nos pide. Creo que esa tensión que a veces se transforma en un imposible, es algo a lo que le tenemos que prestar atención porque es parte también de lo que contribuye a que, como mecanismo de defensa, muchas veces neguemos la existencia de este problema.

Y por supuesto, nos parece importante tener en cuenta en este proceso de atención que se debe iniciar una consejería en derecho, en primer lugar, y en opciones en el marco de la atención integral de la salud. Esto es lo primero que debemos en este marco de privacidad y confidencialidad. Iniciar con esa niña, ofrecer el acceso a la interrupción voluntaria o interrupción legal del embarazo, depende de la edad gestacional. Si fuera una situación que ya esté en curso, una buena atención post aborto y garantizar una anticoncepción post evento en el marco de una red integrada de salud.

Quiero tomar algo en relación a la consejería en derechos y acciones, en el marco de la atención integral de la salud, otro desafío que nos aparece fuertemente en esa consejería tiene que ver con el tema de la autonomía. Nosotras sabemos que en las consejerías uno de los valores más importantes a los que apelamos, es el ejercicio de la autonomía, cómo trabajamos para que las personas que nos consultan puedan desarrollar ese proceso de autonomía. Y acá nos aparece algo muy complejo que tiene que ver con el concepto de autonomía relacional, la autonomía no existe de manera absoluta, siempre existe de manera relativa, todas tomamos decisiones, pero vivimos en contextos familiares, sociales que nos condicionan, nos determinan y que a la vez nosotras determinamos. Entonces pensábamos muchas veces cómo se nos cuele esa lógica de trabajo en relación con pensar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, a la interrupción legal del embarazo, cuando detectamos una situación de embarazo y abuso, de lo que se nos pone en juego cuando esa niña nos dice que quiere continuar el embarazo. Y a mí me ha pasado esta situación de tener que parar, pensar y decir, respetar decisiones cuando a mí me parecen adecuadas y también cuando a mí me parecen inadecuadas. Y que aunque a mí me parezca un horror que esa niña quiera continuar un embarazo, cuando ese embarazo se produce a los 13 años, si es producto de un abuso sexual intrafamiliar, pero esa niña sostiene que quiere continuar el embarazo, entonces yo tengo que trabajar para confirmar que esa decisión la está teniendo en el marco del uso de su autonomía, si está comprendiendo qué decisión está tomando y, en función de eso, poder acompañar esa decisión. Lo planteo porque me parece que es una disyuntiva que algunas veces nos aparece y para quienes trabajamos y hacemos enormes esfuerzos por garantizar el acceso a una interrupción voluntaria del embarazo, esas situaciones son situaciones que nos dejan como fuera de juego, diríamos offside en el fútbol, y que me parece que hay que contemplar.

Entonces lo que decimos es que es necesario tener en todo el primer nivel de atención, a lo largo y ancho de todo el país, equipos de atención que estén formados de manera interdisciplinaria y en cuyo seno exista la especialidad de medicina general para permitir el abordaje de los cuidados integrales de la salud y, particularmente, del acceso a la interrupción del embarazo cuando se producen estas circunstancias. La posibilidad del abordaje integral, de pensarlo no solo desde una perspectiva biológica sino desde una perspectiva psicosocial, inserta en la vida, en la biografía que las personas van teniendo.

Por otro lado, entendemos que es necesario no solamente pensar desde un dispositivo de abordaje en el primer nivel, sino en la necesidad de construir una red de cuidados progresivos porque muchas veces estas situaciones pueden ser detectadas en el primer nivel de atención, pero más de una vez tendrán que ser abordadas en servicios de mayor complejidad en la atención de la salud. Entonces pienso en el lugar en donde trabajo, en el centro de salud, con

quien mantenemos un vínculo muy estrecho de red con el hospital de referencia, en donde sabemos que una situación así puede ser referenciada de manera muy rápida e integral a un equipo de atención en el segundo nivel para poder acompañar el proceso de interrupción también con un equipo interdisciplinario conformado por psicóloga, por trabajadora social, por obstetra, que pueden abordar el proceso de interrupción de una manera cuidada y que después van a poder referenciar a este primer nivel de atención nuevamente a esa persona, para continuar con los cuidados posteriores. Y por supuesto, la construcción de redes que sostengan el acompañamiento y cuidado de la niña, y esas redes incluyen la perspectiva jurídica porque en la gran mayoría de circunstancias tendremos que apelar a situaciones de acompañamiento desde la justicia que permitan hacer un cuidado integral cuando estos embarazos son productos de situaciones abusivas, que más allá del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo o interrupción legal del embarazo, puedan garantizar la protección integral de derecho, puedan ejercer los accesos a la justicia para que sea castigado el delito de abuso y a la vez pueda protegerse a esa niña o a esa joven de situaciones posteriores. Y por supuesto, el primer nivel también tiene esta enorme posibilidad de articulación intersectorial. Esto que decía de las experiencias que tenemos, por ejemplo, con escuelas de trabajo, o sea, esa niña después va a volver a una institución escolar y vamos a poder trabajar con ese equipo docente para que sean contenida, acompañada y cuidada en los procesos posteriores de su vida.

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

### **Guillermo Ortiz:**

Nada más quería hacer énfasis en el tema de los mitos que existen acerca de la seguridad de los métodos para el aborto en la edad de menos de 15 años. Esto no solamente es un mito en Latinoamérica, sino también para otras regiones, hay muchos mitos en todas las regiones. Se cree que es muy peligroso, que les va a traer consecuencias graves en la salud. Es una situación que creo que hay que ponerle atención en tratar de demostrar que es mucho mayor el riesgo en permitir que esté embarazo llegué hacia el final o lo más cercano al término que un aborto y mientras más cercano al primer trimestre, mejor. Y para esto les voy a poner a disposición un material que recientemente hemos tenido acceso y qué es la evaluación de la calidad de los servicios en Estados Unidos que hizo la asociación de salud pública, en general de todo Estados Unidos, en donde demuestra la seguridad de los servicios de aborto en el primer trimestre y hace todas esas estadísticas que también son parte del documento, en sí el documento es larguísimo, pero tiene mucha información que ayuda a borrar todos estos mitos.

### **Carla Flores:**

Les cuento que estamos en México y desde el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva que forma parte de la Secretaría de Salud en México, estamos impulsando acciones que tienen que ver con el aborto seguro, es decir, estamos buscando generalizar todos los desenlaces de aborto se atiendan con las tecnologías apropiadas, etcétera. Y hemos estado acompañando a las secretarías estatales que son realmente quienes operan los servicios a interpretar algunos casos de adolescentes y niñas embarazadas que están buscando a interrumpir, generalmente, por violencia sexual, es decir, la causal violación que es la que está

despenalizada en todo el país, en México. Y hemos encontrado muchísimas dificultades. Para transmitirle a los equipos operativos, algunas lecturas de contexto. En México utilizamos una herramienta de detección de violencia que está más bien adaptada para mujeres adultas, que son de 15 años y más, y que están focalizadas sobre violencia doméstica, entonces cuando tratan de aplicar estas herramientas con población adolescente, pues no son útiles y lo que termina pasando es que si la herramienta le sale negativa, tienen muchas dificultades para interpretar los antecedentes, la historia clínica, el contexto, y están muchas veces concentradas sobre la diferencia de edad. Se fijan muchísimo en el indicador de cuántos años tiene la pareja pero no hemos podido transmitir elementos que tienen que ver con esto que mencionaba Guillermo al inicio de la presentación. Por ejemplo, sobre el desarrollo temprano que podría indicar una historia de sobrevivencia de abuso o la conexión que tiene que ver con otras situaciones que van más allá de la diferencia de edades. Entonces quisiera preguntarles dos cosas. La primera es si podíamos retomar las herramientas y hacer algún tipo de adaptación. De hecho, estamos buscando trabajar en recomendaciones nacionales para que los equipos operativos tengan algunas pautas para poder adaptar la atención. Y, por otro lado, si tuvieran algunas recomendaciones que pudieran ayudarle a dar contexto a los casos. Más allá de la herramienta, los equipos operativos tuvieran a su disposición algunas pistas de cómo poder interpretar los casos, sobre todo cuando la violencia sexual no es necesariamente violación sino que tiene que ver con otras formas más coercitivas.

**Jhony Juarez:**

Como ustedes deben saber que en el caso de Perú tenemos una guía nacional para atención del aborto terapéutico. Se publicó en el año 2016. Sin embargo, esta guía nacional no planteaba específicamente el tema de las adolescentes y menos de las niñas menores de 15 años. Actualmente, hay una normatividad que ha sacado el ministerio que busca respaldar al grupo de adolescentes, pero que todavía se necesita trabajar un poco más porque todos esos avances han sido gracias a que la sociedad civil se ha movilizado fuertemente. La mesa de vigilancia desalud sexual y reproductiva también se ha movilizado y por eso estos logros. Con respecto al manejo, Guillermo, decías que el manejo del aborto con medicamentos, en el caso de estas niñas, las dosis son las mismas que se pueden usar para cualquier otra mujer. Sobre eso quisiera que pudieras ahondar un poquito, ¿por qué es que no se considera, como en otros medicamentos, el tema de dosis por peso siendo ellas niñas que, en el caso de las de 10 a 14 años, algunas pueden tener cuarenta kilos y quizás un poco menos?

**Guillermo Ortiz:**

Me parece una pregunta muy pertinente. De hecho, se aborda también en el documento. Hay revisiones sistemáticas en donde se estableció el querer documentar si era necesario la reducción o no de la dosis. Incluso, en estas revisiones que fueron realizadas en Europa, en el documento del protocolo, lo que se encontró fue que no existía la necesidad de reducir ni de incrementar la dosis. Tenía que ver más que todo con el número de receptores que existían a nivel del crecimiento uterino más que con el peso en sí de la mujer. Paradójicamente sabemos que a menor tamaño podría necesitar más dosis (pudiéramos pensar que debía ser al revés). En ese sentido, no se logró probar que existía la necesidad de poder hacer algún ajuste. Lo que sí

es importante establecer es que sí va a ser necesario tener un esquema diferente del manejo del dolor. Sí se logró probar que aunque las dosis son las mismas, la tolerancia al dolor tiende a ser menor a estas edades.

### **Viviana Mazu:**

Quizás una cosa para agregar en relación con el manejo, pensado también la situación desde una perspectiva integral, creo que algo que había parecido también tiene que ver con dónde se hacen estos procedimientos. Nosotras en Argentina, en particular en la ciudad de Buenos Aires, tenemos como cosa general que una gesta menor a trece semanas, la primera oferta de tratamiento ambulatorio. No tenemos paridad en la oferta de tratamiento ambulatorio con misoprostol o aspiración manual endouterina. Y en ese sentido, hay que contemplar de manera distinta las situaciones cuando se trata de niñas menores de 15 años por dos o tres cuestiones. La primera es que, si convenimos que gran parte de los casos tiene vinculación con una situación de abuso sexual, sabemos que el procedimiento conviene hacerlo en un servicio de salud para poder preservar el material que sirva en un proceso judicial que sí o sí se va a desencadenar a partir de una estrategia de cuidado integral. Por otro lado, también pensar cuál es el ámbito más cuidadoso para una niña que está transcurriendo esta situación si un embarazo es producto de un abuso sexual intrafamiliar. ¿Es la casa el lugar en el que va a estar más protegida o es una institución hospitalaria?

El otro aspecto es que me parece que incluso en los lugares en los que avanzamos mucho en la oferta de servicios, tenemos una deuda enorme con la calidad de esa oferta de servicios. Dentro de la calidad de la oferta de servicios, está el lugar donde las personas se ingresan para hacer una interrupción de embarazo, que más de una vez se produce en las mismas salas de maternidad compartidas con otras mujeres gestantes internadas por otros motivos. Entonces en el nombre de una dificultad se vulneran otros derechos. En estos casos, se suma a este problema de disponibilidad de espacios, ¿cuál es el lugar adecuado en relación con la edad de la niña? ¿Es una sala de pediatría con otros niños, con la posibilidad de jugar durante en ese proceso de internación? ¿Es en una sala de maternidad? Me parece que en esto de las guías del proceso de atención hay que tener en cuenta y contemplar esta particularidad que es en dónde se da el acceso. Me sumo a esta pregunta que traía Carla en relación con las herramientas de detección de las situaciones de violencia, me parece sumamente oportuno esto de tener en cuenta de que la detección de las situaciones de violencia no es tan sencilla porque a veces no se produce de manera tan clara o explícita. Cuando hablamos de que la violencia de género está sustentada en una relación desigual de poder, hay que analizar las circunstancias en las que se producen estas decisiones para comprender si hubo una relación desigual de poder en el consentimiento o no de esa relación sexual. Y eso lo hace sumamente complejo para pensar en instrumentos que homogenicen la detección. Me parece que, si bien la construcción de herramientas puede ser útil, creo que lo principal acá es la escucha particular de esa subjetividad concreta en esa relación social concreta, que solo de esa manera, y desmenuzando muy profundamente esta situación podemos detectar si se trata de una situación de abuso. Como cosa general, tenemos que menos de 13 años es abuso hasta que se demuestre lo contrario. Es la generalidad con la que nos movemos. Pero a veces nos llegan situaciones... el otro día, de un centro de salud me llama una pediatra y me dice “es una relación sexual consentida en una niña de 13 años” y yo empiezo a preguntar y repreguntar el

marco de ese consentimiento. ¿Con quién? ¿Con alguien de la misma edad? ¿De la misma condición social? ¿Con quién tenía un vínculo previo? Me parece que ahí hay que ahondar en particular. Lo otro que quería traer en este sentido porque también estaba esta pregunta con relación a los protocolos es que para nosotros es un esfuerzo disociar. Hay un protocolo que tiene que ver con la denuncia de la situación de abuso y hay un protocolo que tiene que ver con el acceso a la interrupción del embarazo. Para el acceso a la interrupción del embarazo solo requiero reconocer que ese embarazo pone en riesgo la salud o la vida de esa niña o que es producto de una violación o situación de abuso sexual. Entonces, solo por eso, en menores de 15 años, por definición de riesgo, no necesito otra cosa para dar curso a la interrupción. Eso no quita que no tenga que desencadenar en todas las menores de 18 años, procedimientos jurídicos legales y establecer medidas de protección para que no sufra otra vez una situación de abuso. Se nos arma mucha ensalada porque se nos superponen estas dos vías de intervención.

**Susana Chavez:**

En el caso de Perú tenemos el acceso al aborto no punible cuando hay riesgo en la salud de la mujer. Sin embargo, esto todavía es muy difícil de reconocer en adolescentes menores de 15 años, que la edad en sí es una situación de riesgo. Solamente quiero señalar que en CLACAI tenemos un documento marco donde hacemos un análisis y revisión sobre el estatus y el abordaje del embarazo en menores de 15 años que incluye aspectos de salud pública como aspectos legales y jurídicos. Y tenemos un segundo documento que es el tema de las reparaciones. Es decir, ¿cómo se deben estimar las reparaciones cuando una niña ha sido forzada a llevar un embarazo no intencional?

**Guillermo Ortiz:**

En el chat veía algunas preguntas sobre qué es mejor a esta edad, ¿el aborto con medicamentos o el aborto quirúrgico? En realidad, ambos son igualmente efectivos. Lo que va a determinar cuál de los dos, tiene que ver con la capacidad instalada de realizarlos. El aborto quirúrgico requiere un poco más de preparación técnica, el personal debe tener ciertas habilidades quirúrgicas (porque es más común realizarlos cuando se está en el segundo trimestre) para hacer una dilatación, extracción y evacuación. Seguramente en el momento de la evaluación, el equipo junto con la adolescente y los responsables deberán decidir cuál es el mejor. Probablemente, un evento rápido con un sedante para tenerla lo más sedada posible durante el evento quirúrgico. A lo mejor en unos treinta minutos todo está resuelto. Sin embargo, esto no debe ser una barrera porque también el aborto con medicamentos, con un buen manejo del dolor, hacerse acompañar por un anestesista o un anesthesiólogo, alguien experto en el manejo del dolor para niños o adolescentes para que pueda tener un episodio lo más tranquilo, que no sea algo que los lleve a tener un recuerdo displacentero. Y el acompañamiento que es necesario y básico. En general, cualquiera de los dos, dependiendo de la capacidad instalada, ambos son igualmente efectivos.

**Octavio Miranda:**

Soy el presidente de CODESEX (Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos). Bueno, ustedes saben el proceso que hemos tenido y la felicidad que hemos logrado en Ecuador porque antes teníamos como causales violación y discapacidad y no se cumplían. Ahora ya se hizo ley en Ecuador y esa es una felicidad porque hemos actuado muchos grupos de presión y la ley saldrá en seis meses. Nosotros, ¿qué tenemos que decir? Es el segundo país en LA en embarazo adolescente. Existe una gran mortalidad también y esto es por abortos inseguros. Entonces nosotros estamos insinuando y, ojalá se dé, conseguir por ejemplo mifepristona. Se da un proceso largo, y queremos aprovechar esta coyuntura porque sabemos las complicaciones que existen. A pesar de que el misoprostol lo podemos adquirir aquí, nosotros tenemos esa dificultad. Desde luego, como ustedes nos dijeron, cada país tiene su legislación, su código de salud, sus medicamentos, pero nosotros aspiramos a tener y gozar de este medicamento como en Bolivia, México, Argentina, Perú.

## **RESUMEN JORNADA 14 DE JULIO**

### **PONENCIA - Mercedes Perez**

#### **Tema: Abordaje clínico de violencia sexual**

La Organización Mundial de la Salud nos dice que en el mundo 150 millones de niñas y 73 millones de niños, en términos aproximados, han sido víctimas de alguna forma de violencia sexual antes de cumplir los 18 años, o sea en su vida de infancia o adolescencia.

Generalmente las niñas son más victimizadas que los varones en una relación de 2.5 a 4; la edad más frecuente en que observamos violencia sexual o abuso es entre 10 y los 12, en el 47% de los casos. La población de menores de quince es muy susceptible, fácil de manipular, de ejercer una presión o coerción para que accedan a actos sexuales que no son propios para su edad. En el 97.5% de casos, la víctima conoce al agresor. Puede ser consanguíneo, un familiar muy cercano, inclusive puede ser su padre, entonces tiene una figura de poder y este la ejerce contra una persona que es menor de edad y que no tiene la capacidad de negociar esta situación con un adulto.

Esta estadística que les presento es de Bolivia pero es un reflejo de toda la región de Latinoamérica y El Caribe. Ellos reportaban que 16 niños y adolescentes son violados diariamente; 23% de los varones y 34% de las niñas, antes de los 18 años ya han sido victimizados con algún tipo de agresión sexual; 75% de los casos se reportan bien sea en el hogar o en la escuela; solamente un 5% de los casos termina con una sentencia firme porque la mayoría son desechados, desestimados o se suspenden las audiencias por diferentes motivos. Queda una gran cantidad de víctimas sin haberlas resarcido de esa situación violenta y una gran cantidad de victimarios libres para seguir actuando de manera indiscriminada. Finalmente, 0.2% de las víctimas recibe algún apoyo psicológico, algo que es fundamental para toda la vida porque las secuelas quedan quedadas allí, queda la marca psicológica, el impacto a nivel de la psique de las personas generalmente es de por vida.

¿Qué estamos haciendo en América Latina con relación a derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes? En la última Convención de los Derechos del Niño (CDN), vemos como

11 de 19 países ya le otorgan jerarquía constitucional a la Convención, dos de ellos reconocieron esa jerarquía por medio de la jurisprudencia; 11 de 19 países ratificaron el tercer protocolo facultativo de la CDN relativo a procedimientos de comunicaciones; 16 de 19 países tienen códigos o leyes especiales de protección de las niñas, niños y adolescentes; 19 países reconocen el principio de interés superior de niñas, niños y adolescentes en su legislación interna. Se está tratando de minimizar los daños desde todo punto de vista hacia los niños, niñas y adolescentes, de darles más protección cada día, pero todavía existe una gran deuda con estos niños, niñas y adolescentes en materia de seguridad, en cuanto a lo que se refiere a violencia sexual.

¿Cómo clasificamos la violencia sexual? Podemos hacerla a través de esta clasificación: si hay contacto físico o si no hay contacto físico. En la que no hay contacto físico incluye la exhibición de genitales, pornografía visual, verbal, etcétera. La que sí hay contacto físico la vamos a subdividir en sin penetración y con penetración. Hay otras formas de violencia sexual que no están incluidas en las dos anteriores, como la prostitución infanto-juvenil, mutilaciones genitales, etcétera.

En el abordaje clínico debemos considerar que hay tres etapas fundamentales para víctimas de violación sexual: atención médica, la atención psicológica, que también es médica pero que está más especializada hacia el área física, y la atención legal, que es la orientación al caso para poder formular una denuncia y para poder lograr la consecución de este caso medicolegal. Debe ser dirigido por un equipo multidisciplinario preparado, que conozca la ley y los protocolos de atención, en el cual estará un ginecólogo infanto-juvenil o uno de adultos pero que conozca la ley y los protocolos; un infectólogo, que es fundamental porque nos va a dar las indicaciones de la profilaxis para infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH; el pediatra de adolescentes, que va a ser la parte del manejo no sólo de la adolescente femenina sino también del varón; el psicólogo y el psiquiatra; el trabajador social y el asesor legal para todo lo que tiene que ver con la parte de legislación de este tipo de casos.

¿Cómo hacemos el abordaje clínico? Indudablemente, el protocolo incluye hacer una historia clínica, un examen físico general, el examen del área genital y anal, la recolección de evidencias forenses, y el tratamiento profiláctico para infecciones de transmisión sexual y para prevención de embarazos. Este es, más o menos, el esquema que vamos a seguir y vamos a ver cuáles son las características de cada uno de estos puntos.

¿Cómo hacemos la historia clínica? ¿Cuáles son las recomendaciones generales para seguir?

- En principio, realizar la entrevista en ambientes confortables y privados. No podemos tener a esa víctima de violencia sexual al lado de otra paciente que viene por otra causa.
- Disminuir la ansiedad de esa víctima, si posible primero conversando, explicándole que ya llegó a un sitio seguro, que puede estar tranquila, que le vamos a ayudar en todo lo que se refiere a su atención médica, que se puede quedar tranquila. Si hay mucha ansiedad, si vemos que no puede colaborar, podemos darle algún ansiolítico suave. Mientras ella se tranquiliza, nosotros vamos interrogando al resto de la familia.

- Utilizar terminología adecuada y tener la seguridad de que lo que nos está indicando la víctima sobre el sitio o del área de su cuerpo que fue tocada, manipulada o violentada, es la que corresponde a lo que nosotros tenemos claro desde el punto de vista anatómico. Por ejemplo: le damos nombres muy diferentes al área vulvar en diferentes regiones, algunos le llaman florcita, señorita, etc. Si ellas usan esa terminología, nosotros tenemos que tener claro a qué se refieren.
- Realizar preguntas muy abiertas e intentar establecer una relación de confianza y empatía. Sentarnos cerca -sin invadir su privacidad, porque puede estar ansiosa-, tratar de evitar tener una barrera como un escritorio o una mesa. Darle una sensación de seguridad de que le vamos a ayudar. Comenzar la entrevista con preguntas abiertas: ¿Por qué estás aquí? ¿Qué sucedió? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Qué hora? ¿Era de día o era de noche? Transcribir las respuestas en sus propias palabras, previamente determinando qué significa cada una de esas palabras que ella está utilizando.

¿Qué no debemos hacer?

No debemos sugerir respuesta, no presionar, no criticar el lenguaje que utiliza la víctima, mucho menos sugerir que es culpable (esto pasa sobre todo en los entes policiales donde van a hacer la denuncia y les dicen “a lo mejor no hubieras estado en ese lugar” o “no hubieras estado vestida así” o “no te hubieras manifestado de tal forma”). No debemos dejar a la víctima sola o con personas desconocidas o con personas conocidas con las que sentimos que la víctima tiene desconfianza porque puede ser victimario o cómplice del victimario. No mostrar horror o gran impresión, a pesar de que nos sintamos muy indignados por la situación, porque eso va a asustar más a la víctima. No ofrecer recompensas por respuestas porque eso puede contaminar la evidencia forense. Si evitamos todos estos elementos, vamos a tratar de no volver a revictimizar a esa persona que ha sido víctima de abuso o violencia sexual.

¿Qué debemos hacer durante la evaluación médica? Descargar condiciones médicas de emergencia como un sangrado profuso, una lesión que pudiera poner en peligro la vida de la víctima, identificar condiciones que son tratables a través de la profilaxia y recolectar cualquier evidencia relevante para el proceso legal que se debe seguir.

¿Cuándo debemos hacer el examen físico de inmediato? Cuando el evento de ese contacto o violencia sexual ocurrió en las últimas 72 horas. Si hay algún síntoma asociado a este contacto sexual que pone en peligro la vida de esa víctima, depresión emocional profunda o el riesgo de que prosiga el abuso mientras espera la valoración. Si uno ve que en ese proceso de irse a su casa y seguir todo lo que tiene que ver con la parte legal, el victimario está en el entorno, está dentro de la familia y se corre el riesgo de que el abuso prosiga, uno tiene el derecho y el deber de llamar al concejo de protección de menores y pedir una medida cautelar para dejar resguardada y protegida esa víctima en el centro de salud hasta que se resuelva qué va a ocurrir en el entorno familiar.

El paso a paso del examen físico

En principio, explicar detalladamente por qué es necesario hacerlo y que no le vamos a causar mayores molestias, que no le vamos a causar dolor (que es lo que probablemente le preocupa).

Debe hacerse el examen siempre en presencia del familiar que decida la víctima, eso le da tranquilidad emocional y nos permite trabajar a nosotros con un paciente relajado. Realizarlo en un ambiente tranquilo, confortable y privado. Tomarse todo el tiempo necesario. La víctima necesita tiempo para tranquilizarse. En ocasiones es necesario hacer evaluaciones bajo anestesia porque hay riesgo de que, si no lo hacemos, la víctima sufra un daño irreversible o que ponga en peligro su salud.

¿Qué vamos a hacer? Ver el estado de la ropa, ver si el evento ocurrió hace pocas horas. Si la víctima viene con la misma ropa que tenía en el momento que ocurrió el evento, tenemos que recolectarla como parte de la evidencia forense. En la inspección, ver si hay lesiones como marcas de mordidas, rasguños, etc. y anotar en gráfico las zonas lesionadas. La toma de fotografía con el consentimiento informado de la víctima o de sus representantes. Siempre es importante que firme el consentimiento para poder tomar las muestras como las fotografías porque si bien eso es parte de la evidencia forense, también es privado, es de las víctimas.

Podemos utilizar como instrumentación para la exploración del área genital y perineo anal, una buena fuente de luz, lentes de aumento para ver ciertas áreas que son muy pequeñas como la membrana emenial o el área del introito vulvar. Si no tenemos lentes de aumento, nos puede ayudar un otoscopio o un colposcopio. La lámpara de Wood podemos pedírsela prestada a los dermatólogos que trabajan en el centro y así podemos ver también algo de la evidencia forense para la recolección de muestras. El espéculo siempre que la víctima consienta, explicándole que no le va a molestar. Debería ser solamente lubricado con solución fisiológica, de manera de no entorpecer la evidencia forense para tomar una buena muestra de secreciones a nivel del área vaginal, sobre los fondos laterales y posteriores de la vagina. Si la paciente o víctima no consiente esto y es necesario hacerlo, pudiéramos utilizar un endoscopio. Sin embargo, un vaginoscopio, anoscopio o rectoscopio sería lo ideal. Si tenemos la posibilidad, lo hacemos. Y si no, tomamos la muestra con el espéculo o tomamos la muestra con hisopo, si tocar el introito sino yendo al fondo del saco vaginal. Debemos tener todo el material disponible para la recolección de muestras. Por ejemplo: hisopos, preferiblemente estériles, guantes sin talco para evitar que se contamine con nuestro material biológico, todas las muestras que se van a tomar deben ir a sobres de papel porque las bolsas plásticas crean humedad y la humedad destruye rápidamente todo material biológico que allí se guarde, sábanas de papel para que cuando la víctima se desvista lo haga sobre esas sábanas.

Para la evaluación, si se trata de un niño o una niña pequeña, las posiciones de rana ayudan más, pero en el caso de los adolescentes la litotomía o la genupectoral pueden ayudar para la visualización del área perineo anal, además la membrana himeneal también se ve muy bien desde esta posición. Las laterales también pueden ser en algunos casos de utilidad.

Las maniobras que podemos aplicar son las distractoras para bajar la ansiedad de la víctima, le pedimos que nos ayude un poco, le decimos que puede utilizar su teléfono mientras la evaluamos, que puede poner música, que si quiere mostrar con un espejo algo en su área genital, puede hacerlo; la maniobra de Capraro, que es la de presionar los labios con mucha suavidad hacia fuera y hacia nosotros para poder ver mejor lo que es el introito vulvar, la membrana himeneal y la uretra, ver si hay lesiones en esta área, en la parte interna de los labios menores

o en estas estructuras de la vulva; también podemos ayudarnos con el uso de un lente de aumento, un otoscopio o colposcopio; el tacto rectal lo hacemos solo en caso de ser necesario, si tenemos sospechas de alguna lesión penetrante que pudo haberse hecho no solamente con el pene de un victimario varón sino con algún objeto con el cual pueden haber lesionado el área del tabique recto vaginal.

Después de que hacemos nuestra inspección y el examen físico completo, hacemos la descripción de los hallazgos. Todo lo debemos registrar en la historia: cómo estaban esos labios mayores y menores, el clítoris, la fosa navicular, la horquilla posterior, en los varones el pene y el escroto, la región perianal, el ano, cómo está el tono del esfínter, cuánto tiempo se mantiene dilatado, lo cual es sospechoso cuando es más de 15 mm por más de un minuto, ahí tenemos que estar pendientes de los abusos sexuales crónicos, sobre todo, y si hacemos estudios endoscópicos también. Nuestra historia será medicolegal porque será revisada posteriormente por los entes legales que van a seguir el caso.

En cuanto a la recolección de muestras, el examen físico debe incluir la toma de cualquier evidencia que pueda ser relevante para el manejo legal. La ropa, si es la misma ropa que traía la víctima en el momento que ocurrió el hecho de violencia sexual entonces vamos a pedirle que se desvista sobre una hoja o sábana de papel, que lo haga con suavidad, poco a poco, prenda por prenda y que no la sacuda porque se nos van las muestras. Le damos una bata limpia para que la víctima se quede cubierta mientras hacemos la evaluación. Podemos raspar las uñas, tomar muestras y ponerlas sobre una lámina de papel porque la víctima puede haberse defendido, rasguñado a la persona y eso nos ayuda a tener material biológico. Igual con el cabello, se puede peinar el vello púbico si existe, y las secreciones corporales que las tomaremos dependiendo de donde haya sido la víctima violentada, si fue en su vaginal, en el área anal o inclusive el área bucal. Y tomamos pruebas serológicas, para el VIH, hepatitis B, hepatitis C (aunque esta es más controversial y algunos lo ponen como opcional porque no se conoce en la población en general cuál es la frecuencia de transmisión de hepatitis C por violencia sexual, pero si puede incluirse se debe hacer), sífilis, test de embarazo sobre todo en aquellas adolescentes que tienen un ciclo menstrual ya establecido o que ya están cerca de tener su primera menstruación, otras pruebas para ITS, todo depende de la predominancia de estas infecciones en la población general y que pudiera ser necesario tomar. Esto se hace basal y se puede repetir a las cuatro o seis semanas, sobre todo las pruebas para VIH, sífilis y test de embarazo, y a los tres meses también se repite para VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

Al finalizar el examen es importante hablar con la víctima y sus padres sobre los hallazgos físicos. Hay que recordar que sobre todo para las adolescentes femeninas preocupa mucho su virginidad, y su capacidad reproductiva. He de indicarle que, tomando las medidas adecuadas de profilaxis para prevenir infecciones de transmisión sexual y prevención de embarazos, no debería haber problemas futuros. Sobre la virginidad podemos decir que no debemos seguir catalogando a las mujeres por si tienen la membrana himeneal o por si no la tienen. Esto es algo que, mientras en el futuro más se protejan los derechos de la mujer, también debería desaparecer.

La OMS nos comenta que la violencia sexual hacia los NNA es una gravísima violación a los DDHH que constituye un problema de salud pública, que impacta o puede impactar a corto o mediano y largo plazo en diversos ámbitos de la vida de este individuo (en la salud, en lo educativo, sexual, vincular, etc). A corto plazo, las secuelas son mucha desconfianza, vergüenza hacia futuras de autoridad que pudieron haber estado involucradas en el hecho, la culpa que siente la víctima porque el victimario la envuelve, le habla, la amenaza, le dice que es culpable, que si habla puede haber daño hacia un familiar muy querido, entonces por ahí mantiene ese abuso constante hasta que se descubre. Sobre todo, a nivel de adolescencia es cuando más tienen el valor de hablar. A largo plazo, tenemos abandono de hogar porque esa adolescente se emancipa y dice “me voy, porque no voy a seguir soportando ser víctima de este individuo”, baja autoestima, prostitución, ansiedad y depresión, ideas suicidas, el embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual que no se pudieron prevenir, la violencia sexual hacia otros (esto lo vemos especialmente en varones que han sido abusados previamente y que luego terminan siendo agresores), o lo más grave, la muerte por violencia sexual.

En la prevención, lo primero que podemos hacer es visibilizar el problema, sensibilizarnos ante la problemática, entender que existe y que el victimario puede estar en cualquier lugar. No es una persona extraña que apareció por ahí en el medio de la noche, sino que está en la casa, en el colegio, en el área de entretenimiento donde van los niños. Tenemos que darle difusión, informar que existe esta problemática e informar acerca de los derechos sexuales y reproductivos que tienen los NNA. Crear espacios para hablar con ellos sobre la violencia sexual para que identifiquen qué es una violencia sexual y cómo se pueden proteger de ella. Enseñarles a decir que no cuando se sienten incómodos ante una situación determinada con una persona X. Fomentar el clima, la autoconfianza, la asertividad y esa comunicación con padres, madres, y familia para poder contar que alguien les incomoda en un lugar o momento determinado. Hacer programas de prevención de violencia sexual en las escuelas y realizar también programas de prevención y tratamiento de los agresores porque como comenté anteriormente que muchas víctimas de violencia sexual terminan siendo agresores. Muchas gracias.

## **PONENCIA - Raquel Tizziani**

### **Educación sexual integral: Una herramienta en la prevención de la violencia sexual**

Quisiera empezar con una pequeña reflexión que hace Andrea Testa en un artículo que se llama “Las niñas madres” que escribió Miriam Maidana en Revista Anfibia.

*“Las chicas llegan con la panza a punto de explotar, solas o con la madre, la abuela o alguna vecina. Casi no han realizado controles previos, ni traen ropa. Están como ajenas a la situación, como si les pasara algo en el cuerpo pero no en la cabeza. Repiten mucho que les duele. El tema es el dolor, la soledad, la ausencia. En general, no hablan de que vienen a tener un hijo, sino de que “les duele”. Duele el hijo a esas niñas y adolescentes”.*

Me parece muy interesante esto que grafica claramente cómo lo que atraviesa el cuerpo no necesariamente atraviesa la cabeza. Y es que el abuso sexual general un daño a nivel integral que condiciona el desarrollo psicosexual y la vida a nivel de todos los aspectos de esas niñas y

adolescentes. Y la violencia sexual, como decíamos previamente, constituye un problema de salud pública y de DDHH que genera varias consecuencias biológicas, psíquicas y sociales. Sabemos que tienen mayor riesgo de mortalidad, de parto prematuro, de lesiones, de complicaciones obstétricas. A nivel psíquico, se determina y se condiciona no solo las situaciones de angustia, depresión, intento de suicidio, sino que también esto determina las posibilidades de vivir saludablemente su vida sexual a futuro. Y a nivel social, habitualmente condiciona mucha mayor vulnerabilidad porque quienes son responsables de su cuidado son quienes las violentan y, el hecho de tener una situación de embarazo no deseado y una maternidad forzada también determina mayor vulnerabilidad a nivel de educación y de pobreza. Obligar a una niña o adolescente a llevar un embarazo forzado producto de una violación sexual es una grave violación a sus DDHH.

Acá vemos datos de la Organización Panamericana de la Salud, del año 2015, que toma ciertos datos de distintos países de América Latina. Se ve que 4.7% de las mujeres y niñas han iniciado su vida sexual con una relación sexual forzada o violación, pero el 44.9% (esto quiere decir que sumaríamos casi 50% del total) esa relación sexual de inicio no fue forzada pero tampoco fue deseada. Así, vemos que muchas veces vemos que un examen físico puede salir completamente normal porque lo que se doblega es la voluntad, es el consentimiento. Lo que sucede es una situación de abuso de poder por parte de una persona mayor, ya sea un adolescente o un adulto, sobre una niña o adolescente que no está en condiciones o en una posición de decidir.

Lo que prima en relación con el embarazo en niñas menores de 15 años es la ausencia de datos estadísticos. Esto es un grave problema no solo a nivel de nuestro país sino a nivel de toda América Latina y El Caribe. En números absolutos, en el año 2013 nacieron 3261 niños cuyas madres eran menores de 15 años.

Lo que debemos tener en cuenta en relación con el abuso sexual es que hay siempre una situación en la cual existe un abuso de poder frente a un NNA que no está en posibilidades de consentir debido a su proceso de desarrollo psicosexual, y que la actividad que se desarrolla tiene una práctica placentera para un adulto o adolescente que es mayor y que sí está en pleno uso de sus facultades mentales y que sabe lo que se realiza. Esto es un delito que está tipificado en el código penal pero que lamentablemente la justicia suele ir demasiado lenta y no logra que se condene a los culpables. Por ejemplo, hace poco en Argentina, un victimario fue absuelto de la prisión preventiva porque había usado preservativo durante el ataque sexual. Como un atenuante para la situación.

En relación con la relevancia para el trabajo del equipo de salud. Nosotros tenemos que trabajar en lo que respecta a prevención, que es el tema que vamos a trabajar hoy; la detección, que tiene que ver con escucha empática, con estar atento, con poder escuchar el relato -y no solo el relato sino también el lenguaje corporal-; el tratamiento, en el caso de que podamos acceder a ILE/IVE; y la reparación psicosexual, para devolver a la persona a ese lugar de niña.

Hoy vamos a trabajar en relación con la educación sexual. Con respecto a la Educación Sexual Integral (ESI), estamos hablando de que son estrategias pedagógicas que desarrollan adecuadas

a cada edad, desde el nivel inicial -que los niños tienen 3 a 5 años-, cuyo objetivo de desarrollo es conocimiento, actitudes, habilidades que favorezcan una visión positiva de la sexualidad que determine un ejercicio seguro, libre y responsable basado en saberes científicos, con perspectiva de género y en el marco normativo de los DDHH. Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, es la educación integral. La educación sexual integral forma parte de la educación de las personas, constituye un derecho humano y debe ser a lo largo de toda la vida.

El concepto de sexualidad es un concepto bastante amplio, implica no solamente la posibilidad de tener o no relaciones sexuales. Tampoco implica solamente la genitalidad, sino que implica una cuestión subjetiva que tiene que ver con la construcción identitaria, el género, el erotismo, placer de las personas, la reproducción y está basado en pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, todas ellas no se viven o se expresan de la misma manera ni al mismo momento de la vida. Por eso hablamos del desarrollo psicosexual. Si bien la sexualidad nos atraviesa desde el nacimiento hasta la muerte, esto es un proceso en el cual se va generando cierto desarrollo hasta la sexualidad del adulto. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, económicos, políticos, éticos, históricos, así como religiosos y espirituales.

Con respecto a la salud sexual hablamos del bienestar bio-psico-social en relación a la sexualidad, constituye un derecho humano que forma parte de la salud integral de todas las personas.

Los derechos sexuales son derechos humanos. Desde la Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS) realizamos la declaración de derechos sexuales. La primera fue en 1997, luego se fue modificando. Incluye el placer al mismo nivel que el resto de los derechos sexuales como la educación sexual, la posibilidad de recibir atención de la salud sexual, la educación sexual emocional, la privacidad, la libertad, etc. Todos los derechos sexuales constituyen derechos humanos y la educación forma parte de ello.

La educación sexual en el nivel inicial empieza entre los 3 y los 5 años. Lo que debe incluir es conocer las partes externas del cuerpo. Todavía los niños y niñas no tienen conciencia de los genitales internos. Es importante no hablar de vagina cuando hablamos de las niñas. Es muy común ver que se dice “el pene y la vagina”. No, es el pene y la vulva. La doctora comentaba hace un rato esto de que hay un montón de palabras que se utilizan como sinónimos de las partes genitales de los niños y niñas. Es muy importante que podamos nombrar las partes del cuerpo como corresponde: hablamos de vulva y hablamos de pene.

Esas nociones es importante considerarlas como partes privadas. Es fundamental reconocer y reconocer las distintas partes del cuerpo, así como hablamos del codo, de la cabeza, de los ojos, también de los genitales como zonas privadas. ¿Cómo le decimos a un niño/a que tiene una parte genital y que sus genitales son partes privadas? Estas partes que están cubiertas por la ropa interior. Es muy importante también considerar la posibilidad de que esas partes no sean tocadas por ninguna otra persona que no sean sus cuidadores, su mamá, su papá, si es que él lo

desea. A partir de los tres años, favorecer el autocuidado y la higiene corporal. Es recomendable y esto lo saben muy bien las maestras jardineras la cuestión de que es fundamental favorecer la autonomía de los niños al momento de su higiene.

Otra cosa importante es que los niños a partir de los 3 a 5 años ya tienen que saber cómo es el proceso de gestación y nacimiento. Dejamos de lado ideas antiguas de la cigüeña, es importante poder explicar con lenguaje simple que las personas venimos de un proceso de gestación, hay mujeres que quedan embarazadas, que llevan adelante un proceso de embarazo dentro de su vientre y que luego se produce el nacimiento. Es importante poder deconstruir los estereotipos de género que condicionan muchas veces situaciones de mayor vulnerabilidad sobre todo a las niñas. Esto se suele hacer a través de los juegos.

La asertividad es otra de las cuestiones fundamentales que tenemos que trabajar. Esto es la posibilidad de decir no y que ese no sea respetado. Esto es muy difícil. Por ejemplo, a veces la niña o el niño no se quiere cortar el pelo y la mamá o el papá se lo cortan. Ahí es importante poder trabajar de otra manera y lograr el consentimiento. “Te tenés que cortar el pelo porque sino vas a ir muy desaliñada a la escuela”. Trabajar con el diálogo y la comunicación, nunca violentar ni mostrar nuestra negativa a nuestros hijos.

¿Qué podemos hacer en el consultorio con estas edades? Bueno, es fundamental la escucha atenta. Los niños hablan, dibujan, muchas veces manifiestan, con ciertos cambios de conducta, situaciones de abuso que están sufriendo en su familia. Brindar información. Nosotros tenemos que poder hablar de manera transparente, o sea dar información del proceso de afectación, secreto, asertividad, autocuidado... todo lo que nombramos anteriormente, sin la necesidad de que nos vengán a preguntar. Respetar la intimidad, sobre todo al momento del examen físico. Al momento de la consulta, siempre solicitar permiso, autorización y consentimiento de ese niño o niña y explicar todas las maniobras, mostrar el estetoscopio, todos los elementos y decir “vamos a hacer esto porque necesito escuchar el corazón, el pulmón, etc”. Respetar su palabra, es decir, cuando los niños y la niña dicen que no, esto no lo podemos violentar porque estamos generando vulnerabilidad. Ofrecer siempre un espacio abierto para decir lo que quiera y lo que necesite. Muchas veces las situaciones de abuso se develan dentro de la escuela o con el equipo de salud, porque sabemos que la mayoría de los abusadores suelen ser parte del entorno familiar.

En la educación sexual en la escuela primaria entre los 6 y los 12 años, hay que profundizar los conocimientos en relación con el cuerpo, aparecen los órganos internos, y tenemos que poder explicar claramente los cambios puberales en los distintos cuerpos, con las distintas edades y hablar sobre la menstruación. Parece algo muy simple pero la menstruación está rodeada de mitos, de tabúes, muchas veces las niñas menstrúan, pero no saben lo que está pasando porque todavía en ningún momento se les ha hablado de eso. Preparar a las niñas para esta situación y saber que en ese momento no dejan de ser niñas, sino que son niñas en proceso de crecimiento que empiezan a tener la posibilidad de adquirir una capacidad reproductiva. No son mujeres ni mujercitas, ni señoritas, sino niñas en proceso de crecimiento. Más o menos la edad habitual del inicio de la menstruación es entre los 10, 11 y 12 años. Eso es lo más común, por lo menos en estos tiempos.

Sobre las diferentes vinculaciones sexo-afectivas, acá también volver a remarcar las diferencias entre lo que es una relación de amistad, de pareja, sobre todo de amigos. Importante lo que es la virtualidad. Empieza a aparecer otro gran peligro que es el manejo de las TIC con los celulares, las redes sociales, los distintos accesos a ciertos riesgos que implican posibilidades de que esas niñas sean acosadas, tengan situaciones de bullying, cyberbullying y otros tipos de situaciones de violencia de género. Es fundamental empezar a trabajar lo que es el proceso reproductivo y anticoncepción, la igualdad entre los varones y mujeres. Derribar estereotipos de género que van a determinar y condicionar situaciones de violencia de género, modelos corporales de belleza, los cuerpos hegemónicos, sobre todo en relación con el peso, las modas, la ropa, la discapacidad o las diferencias funcionales.

Sobre los derechos sexuales también es importante trabajar las nociones de violencia de género, abuso sexual y la trata de personas. Es necesario que los niños y niñas conozcan que existen situaciones de abuso sexual, violencia de género y trata. Por ejemplo: una de las cuestiones fundamentales para trabajar es esto de que no es bueno hacer nada a cambio de otra cosa. “Yo te doy un regalo, entonces vos haces determinadas cosas”. Obligar a niños a hacer cosas por un favor o por un regalo. Esa es una maniobra bastante frecuente que tienen los abusadores, lograr ir envolviendo a las víctimas. Entonces es necesario ir desarmando previamente estas cuestiones.

El respeto por la intimidad también nos atañe a los adultos que estamos a cargo de niños, en el sentido de poder respetar su espacio, sus tiempos en el baño, no abrir las puertas sino golpear y pedir permiso, el consentimiento frente a todas las maniobras o lo que haya que solicitar y el manejo de tecnología.

En el consultorio con niñas entre seis y doce años. Primero, respetar la identidad de género. Esto es muy importante porque la identidad se construye durante la infancia. Alrededor de los tres años ya tenemos una noción de si somos nenas o nenes. Y más allá de la genitalidad que tengamos, es muy importante preguntar cómo se llama, cuál es el nombre que le gustaría tener, si es otro nombre al que le han asignado en el nacimiento y cuáles son los pronombres con los que se identifica y sobre todo en las identidades trans y no binaries.

La escucha atenta, otra vez, para detectar indicios de abuso sexual. Ya en la escuela suele haber manifestaciones en problemas de conducta, pesadillas, retraimiento, regresiones, lesiones que podemos detectar en un examen físico. Brindar información en relación con lo que mencionamos anteriormente: cambios puberales, proceso reproductivo, anticoncepción, sexo seguro si es que nos da para hablar de ello. Solicitar el consentimiento para realizar cualquier tipo de maniobra o examen físico y ofrecer un espacio abierto para decir lo que quiera o necesite. Es necesario que esa niña sepa que en ese consultorio todo lo que ella diga va a quedar dentro del marco de la privacidad y confidencialidad del consultorio. Por supuesto que nosotros sabemos cuáles son nuestras obligaciones como profesionales de la salud.

A nivel de la enseñanza secundaria, entre los 13 y 15 años, que sería el tema que nos compete hoy, en este punto es el momento en el que se inician las relaciones sexuales consentidas o no consentidas. Aquí hay que profundizar sobre todo en los conocimientos sobre el cuerpo,

fundamental hablar sobre relaciones sexuales seguras, en relación con anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual; relaciones placenteras para fortalecer y favorecer la practica sexual satisfactoria, esto tiene que ver con el inicio de las relaciones sexuales cuando la adolescente esté en condiciones de hacerlo, sin ser forzada de ninguna manera. El forzamiento no necesariamente tiene que ver con la violencia física sino con la presión que se genera por parte del compañero sexual y/o de los pares. Es común que dentro del mismo grupo de pares la edad de inicio de las relaciones sexuales sea más o menos la misma.

La responsabilidad tiene que ver con el autocuidado, con el respeto, con la integridad física de la otra persona también. La autonomía progresiva y el autocuidado es otro de los grandes puntos. Nosotros en el código civil del año 2015 tuvimos una reforma. El concepto de autonomía progresiva que es algo fundamental sobre todo en la toma de decisiones, en la consulta médica, en lo que respecta a su salud sexual, salud integral y al consentimiento que puede estar dando en relación con diferentes prácticas.

La diversidad de los cuerpos y los vínculos sexoafectivos. Es muy importante trabajar la homosexualidad, la identidad no binaria, trans. Responsabilidad afectiva para evitar situaciones de violencia. El uso seguro de las TICs sobre todo para prevenir grooming, sexting y cyberbullying. Brindar la información con relación al consultorio, sobre las relaciones sexuales seguras y satisfactorias. Trabajar anticoncepción y autocuidado, consentimiento, hablar sobre las diferentes formas de violencia de género que aparecen en el noviazgo. No naturalizar esto de que “ él es muy celoso, que me controla el celular, me dice cómo me tengo que vestir, me dice quiénes pueden ser mis amigos y quiénes no, quiere tener un hijo conmigo, dice que no necesito terminar la escuela, que me va a mantener...” todo este tipo de cosas que van a aparecer en relación con el control, como ya sabemos, en distintos niveles con relación a la violencia de género.

Importante como obligación nuestra dentro de lo que es consultorio, dar información sobre anticoncepción hormonal de emergencia, tanto en relaciones sexuales que han podido ser consentidas pero no hubo método anticonceptivo como en una situación de violencia sexual. Dar toda la información sobre cómo utilizarla y/o el espacio donde tiene que concurrir. Por ejemplo, en nuestra ciudad lo tenemos disponible las 24 horas, en todas las guardias de los hospitales y también en los centros de salud.

Diagnosticar, detectar síntomas de embarazo y, antes de que esto suceda, poder hablar de las distintas opciones que tiene una niña o una adolescente frente a un embarazo que no ha sido planificado, que ha sido forzado. En cualquier situación de embarazo no deseado, no planificado y forzado en cualquier niña o adolescente, tenemos la posibilidad de acceder a la interrupción legal del embarazo. Esto tiene que ser explicitado, tiene que ser parte de la consulta, de la información que nosotros brindamos como profesionales de la salud, para que esa niña pueda acceder lo más rápido posible porque también sabemos que las consultas pueden ser tardías. Una vez que aparece el embarazo, la mayor parte de las consultas son habitualmente en el segundo trimestre. Muchas gracias.

## PREGUNTAS Y RESPUESTAS

### **Jhony Juárez:**

En primer lugar, agradecer a las dos colegas ponentes, realmente muy buenas presentaciones, aportan al debate en relación con el embarazo con menores de 15 años en LA. Tengo algunos comentarios. En relación con la primera ponencia, una dificultad que se presenta en países como Perú, por ejemplo, es que los médicos legistas, especialistas en medicina forense, no los tenemos en todo sitio. Están con mucha suerte en capitales de provincia o la mayoría se concentra en Lima. Cuando hay casos de violación, no va a haber siempre un médico legista que pueda hacer la evaluación y por lo tanto tiene que ser el médico que está presente. Muchas veces tampoco el médico en lugares muy alejados en la sierra nuestra o en la parte de la selva donde existe un establecimiento de salud en el que pueda haber una obstetra o puede haber una enfermera. Muchas veces estas profesionales son las que resuelven toda la problemática de salud que llega a esos lugares. Por lo tanto, yo creo que una cosa que se impone es la necesidad de capacitar a todos los profesionales, no solo a los ginecobstetras, que hacen atención de salud para el manejo que es el examen físico. Lo segundo es el tema del equipo multidisciplinario para la atención de estos casos. Aquí en Perú en el tema de la atención del aborto incompleto, desde que comenzamos a trabajar en esto hace treinta años en los hospitales, se estableció que una profesional se debería encargarse de la consejería de la persona que solicitara el servicio. Esta profesional era una enfermera, obstetra o en algunos lugares una técnica de enfermería a la que se le capacitaba para desarrollar una labor de orientación. A mí me parece que es importante tener una persona que se encargue de la labor de orientación. En la primera presentación hay muchas cosas que -yo estoy seguro- los profesionales médicos, no la van a hacer. Lo digo porque conocemos la realidad y creo que va a ser muy difícil, pero si tenemos otro profesional capacitado para hacer esta labor de consejería, creo que ayudaría mucho realmente a la atención de estas víctimas. Por último, en la segunda presentación, esa propuesta de la prevención y el manejo por grupos etarios me parece clave. Muchísimas gracias, Raquel, porque creo que es un aporte importantísimo para lo que queremos hacer y creo que seguramente vamos a estar en comunicación contigo.

### **Mariana:**

Buenos días a todas y todos. Mi pregunta es con respecto a la cuestión del acompañamiento con las NNA. Yo soy psicóloga. Desde este espacio, ¿cómo se les dice a las personas adultas que el NNA no está preparado? Porque cuando es una cuestión de abuso sexual siempre está esta imposición de obligar a la denuncia. ¿Cómo manejar este aspecto?

### **Teresa Casanova:**

Buenos días, trabajo en la fundación PROSER en Colombia y estamos trabajando un proyecto para el acceso al aborto con medicamentos con población rural. Me interesa saber cómo ha sido la experiencia en la difusión de este tipo de programas de formación para que la población en área rural pueda llegar a los servicios, tener una atención oportuna. Segunda pregunta: ¿Han tenido una experiencia o cómo ven el acceso a la interrupción del embarazo con medicamentos para las menores?

### **Violeta Hidalgo:**

Buenos días, soy obstetra de Perú. Mi pregunta va en cuanto a la realidad que vivimos en el Perú. La gran mayoría de profesionales, docentes, población en general, desconocemos cuales son los pasos a seguir en cuanto a sospecha de cuando hay un abuso sexual. Muchos casos que vienen a consultorio son de madres o padres que dejaron en cuidado -o descuido diría yo- a los menores en manos de primos, tíos, con la salvedad de que son familias y sabemos que aquí es donde se cometen los abusos sexuales. Entonces ¿cuáles serían las medidas que se están tomando para promocionar y dar a conocer cuándo hay que denunciar? Y, por otro lado, ¿qué se está haciendo en cuanto a las capacitaciones para la población y también para los profesionales y educadores-docentes para que estén informados sobre este aspecto?

### **Mercedes Pérez:**

Por supuesto que como dijo el Dr. Jhony, mantener un equipo integrado, con el conocimiento sobre todo de la parte legal (ininteligible) y la realidad es lo contrario, tenemos que dar una atención si llega a nosotros primero. La ley nos protege en ese aspecto. Nos convierte en expertos en el momento en el que llega el paciente a nosotros. En este caso, como comenté en la charla, la ventaja es que nosotros tenemos una oficina del ministerio público instalada en el hospital. Pero eso no está en todos los hospitales. Si nos vamos a zonas rurales, con menos posibilidad vamos a tener de ese recurso. Ahí es donde tenemos que ir capacitando. Desde el punto de vista del ministerio, en Venezuela, se hacen capacitaciones regulares para llevar adelante lo que ellos tienen como un programa de atención que incluye el manejo de pacientes que fueron víctimas de violencia sexual de todas las edades, incluyendo NNA. Es un trabajo de todos (inteligible) no sabes si lo que vas a hacer está bien o si esto puede entorpecer todo el proceso legal.

Sobre una pregunta que estaba en el chat “¿cuándo estamos en atención primaria, ¿qué hacemos?” Indudablemente, si no estamos bien capacitados vamos a tener que referirlo. Siempre es bueno comunicarse, por ejemplo, con el ministerio público que trabaja las 24 horas del día los 365 días del año o con la consejería si no tenemos atención primaria. Si vamos a referir a esa víctima de violencia sexual, debemos garantizar que va a llegar al sitio donde lo vamos a referir porque en el camino puede suceder que se nos pierda, sobre todo si se van solos. Hay que recordar que la mayoría son víctimas de una persona que está dentro de su entorno familiar, es generalmente un familiar directo.

### **Raquel Tizziani:**

Con respecto a lo que comentaba Jhony, sí, la educación sexual debe ser adaptada a cada edad. Con respecto a Mariana que preguntaba en relación con la denuncia. Bueno, en Argentina, el abuso sexual forma parte del delito contra la integridad sexual de las personas. Está presente en el código penal y constituye un delito a instancia privada excepto en algunas situaciones. Una de esas situaciones es que la persona sea menor de 18 años. Por lo tanto, si se trata de una persona menor de 18 años, es obligación del equipo de salud, no del profesional que lo atiende. Esto no lo hace el niño si la representante es la mamá o la familia quiere realizar la denuncia, perfecto. Y si no, se actúa de oficio. Nosotros estamos obligados como representantes del

Estado a hacer una notificación a las autoridades de nuestra institución, ya sea el equipo directivo y/o el ministerio en el caso de la gente que trabaja en educación y/o el hospital o la secretaría de salud en nuestro caso. A partir de allí se toman las iniciativas legales. Nunca se deja a la niña expuesta a esta situación. Hay que tratar de evitar la revictimización.

Después, por otro lado, preguntaban en relación con el acceso de la prevención de embarazos para las niñas. Bueno, es el grupo más vulnerable, ese es el gran problema. Nosotros no tenemos demasiados datos, se está trabajando más en eso, pero es el grupo que en menor proporción accede a la interrupción legal del embarazo muy probablemente porque llega tardíamente a la consulta. Otro gran problema es la obstaculización. Hemos tenido varios casos que han sido mediáticos en Argentina. El último que resonó más fue el caso de una niña a la que llamaron Lucía, a la que terminaron haciéndole una cesárea y tenía once años.

Con respecto a la capacitación, lo que es la prevención, nosotros en Argentina tenemos un programa, el ministerio de salud está trabajando mucho en uno de los compromisos que asumió el gobierno argentino con la OMS, la ONU, etc. en disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia. Tenemos un programa que se llama ENIA. Tengo entendido que van a disertar aquí. Se está trabajando mucho en capacitación, producción de material, etc.

#### **Susana Chávez:**

Con respecto al tema, nos ha ayudado muchísimo a centrar este enfoque para entender un poco más el abordaje con las víctimas. Creo que son importantes algunas de las preguntas que se han señalado. En el caso de Perú, tenemos un estudio multicéntrico que tiene bastante tiempo donde se señalaba que 1 de cada 5 niñas antes de cumplir los 15 años han sido víctimas de violación. En estudios locales, tenemos que la tasa de denuncias es sumamente baja. Y las denuncias generalmente se hacen con el embarazo a pesar de saber que la probabilidad de embarazo también corresponde a una proporción pequeña de víctimas. Es para tratar de ubicar que no necesariamente las víctimas de violación terminan con embarazo porque muchas veces no se mira eso. Y los embarazos que se notifican, en todo caso, corresponden a las poblaciones más pobres y vulnerables. Y eso ocasiona una tergiversación de que la violación sexual es un tema asociado a la pobreza cuando es un tema mucho más transversal y ocurre en todas las clases sociales. Lo que pasa es que algunas clases sociales lo resuelven de algún modo. Y, para terminar, quería señalar que cada vez más se ha demostrado que hay condiciones de vulnerabilidad que generan mucho más riesgo y que estas violaciones, más bien, son violaciones sistemáticas, generalmente de un solo agresor y que además se manejan muchísimo por la impunidad. Entonces para comprender. Sí, esto tiene que ser una entrada absolutamente multisectorial y cada espacio tiene un rol. Creo que eso tenemos que comenzar a desmitificar mucho de este asunto de la violación y a abordarlo efectivamente como una situación de baja densidad porque ya nadie se sorprende y alta extensión porque lo sufren muchas niñas y niños.

#### **Guillermo Ortiz:**

Aprovechando que tengo el micrófono, quería hacer una reflexión sobre los recursos humanos que tenemos en los diferentes países y la incorporación de la temática de la violencia sexual y de la ESI en las diferentes carreras. Creo que es una deuda, sé que algunos países han avanzado

en el tema pero en muchos estamos muy retrasados en la incorporación para la formación de enfermería, psicología, trabajo social, ya no se diga en el área médica y en el área de la especialización de ginecología, obstetricia. En lo personal, admito que cuando uno sale, sale completamente desarmado para manejar estas situaciones y somos sujetos de cometer muchos errores por ignorancia, por falta de conocimiento. Yo me alegro mucho del ejemplo que está dando Rosario de la incorporación en Argentina de la temática como un área fuerte, como materia optativa, y que ha tenido buena recepción.

**Raquel Tizziani:**

Estoy plenamente de acuerdo con lo que dijo Susana, también agradezco tus palabras Guillermo. Seguimos siempre transitando la periferia de los currículos. Todavía es un tema que no se aborda de manera obligatoria, y eso es algo en lo que vamos a tener que seguir trabajando. Sobre la pregunta de Yadira, no, el delito es una situación de abuso sexual. Yo lo que creo es que esta persona utilizó preservativo para no dejar rastro. No lo hizo cuidando a la víctima. Lo que sucede y es la gran falencia que tenemos, no solo en Argentina sino en el resto de países, es que la justicia es patriarcal. Entonces, a este victimario lo que hicieron fue evitarle la prisión preventiva. Lo dejaron en libertad mientras transcurre el juicio por abuso sexual a una menor porque al usar preservativo, el juez lo consideró como un atenuante. Esa es la situación, no estoy diciendo que no hay delito cuando la persona usa preservativo.

**Guillermo Ortiz:**

Tengo una más que se hizo llegar en el chat: La atención que se realiza para las menores de 15 años es en el segundo nivel de atención, pero ¿qué se hace en el primer nivel de atención?

**Mercedes Pérez:**

Todo dependerá de qué recursos tenga en ese nivel de atención primaria. Si cuenta con un equipo que pueda apoyarlo, como el asesor legal, podríamos hacer la atención totalmente igual. Lo que dije, el problema es referirlo y garantizar que va a llegar a donde se le refiere. Segundo, puede tardar en llegar y ahí estamos nosotros perdiendo la oportunidad de oro de dar profilaxis para muchas de las infecciones de transmisión sexual. Deberíamos, si la víctima va a ser referida a un lugar lejano, la responsabilidad de nosotros por lo menos es comenzar la profilaxis porque en ninguna parte del mundo, el médico forense va a darle tratamiento preventivo a ningún paciente. Eso lo hacemos nosotros. El forense solamente levanta su informe, hace su evaluación, pero nunca indica medicamentos.

**Marta Desmaison:**

Soy de PROMSEX, soy trabajadora social. Lo ubicaba yo en el contexto actual de la COVID. Lo que decía Raquel me parece muy importante. ¿Cómo podemos trabajar en el consultorio o desde una intervención en escuelas este tema de la ESI? Y también ir mirando el espacio comunitario. La educación sexual en espacios informales permitiría poder enfrentar todo este problema generado por la COVID, el cierre de las escuelas, el aumento de las inequidades...

## RESUMEN JORNADA 15 DE JULIO

### PONENCIA - Beatriz Galli

#### Estándares de derechos humanos para niñas y adolescentes para ILE

Mi presentación de hoy es sobre los estándares de derechos humanos para niñas y adolescentes para la ILE (Interrupción Legal del Embarazo), esta sesión busca mostrar algunos estándares de los derechos humanos que son clave en la asistencia en caso de embarazo temprano en adolescentes menores de 15 años bajo el prisma del derecho internacional de los derechos humanos. Esos estándares establecen líneas generales para leyes, políticas y decisiones de cortes nacionales para el cumplimiento por parte del Estado del deber de protección y garantía de derechos humanos. Ellos son relevantes con relación al derecho a la salud, derecho a la integridad física, psicológica y social y al derecho a la privacidad de niñas menores de 15 años embarazadas que deciden optar por la ILE. Además, leyes políticas y prácticas de salud deben estar centradas en su condición de sujetas de derechos autónomas y garantizar en condición de igualdad el acceso a la salud y, al mismo tiempo, atender sus necesidades específicas en materia de salud como personas en desarrollo que son.

En América Latina sabemos que la tasa de embarazo en niñas menores de 15 años es una de las más altas del mundo. Los casos son innumerables y muy impactantes como el que terminamos de oír ahora mismo de Brasil. Por ejemplo, el caso de una niña de 9 años en Alagoinha, Brasil, en el estado de Pernambuco que en marzo del 2009 tuvo un aborto legal tras un diagnóstico de embarazo resultado de abuso sexual por parte de su padrastro. Otro caso emblemático de violencia endémica es el caso de Lucía, una niña de Tucumán-Argentina que a los 11 años fue abusada sexualmente por la pareja de su abuela. Lucía intentó suicidarse y en enero ingresó en el hospital con un embarazo de 19 semanas para llevar a cabo la interrupción legal del embarazo. Después de 4 semanas el servicio de salud no realizó un aborto, sino una Cesárea. El niño nació y vivió durante 10 días. Y el caso más inhumano, una niña paraguaya de 10 años que quedó embarazada por una violación cometida por la pareja de su madre, el embarazo se descubrió porque la niña ingresó al hospital con dolores del estómago y sospechada de parasitosis. Ella se vio obligada a llevar el embarazo a término y hoy es madre y el niño y la hija viven al cuidado de sus abuelos. Son casos emblemáticos como esos que avanzan los estándares de derechos humanos cuando son presentadas en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos o los comités de Naciones Unidas. Son importantes para la visibilidad del fenómeno del embarazo temprano y la violencia basada en género.

Según la FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología) la iniciación sexual muy temprana puede presentar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes particularmente en términos de embarazos no intencionales, imprevistos o fruto de violencia sexual. En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre y puede estar incida en un contexto de violencia de género con riesgos inherentes y sus consecuencias. Esa realidad afecta a las niñas y jóvenes sin acceso a la información o a la educación integral referente a la salud sexual y reproductiva, que es el caso de la mayoría de los países en nuestra región. En el último informe del Grupo de

Trabajo de discriminación contra mujeres y niñas de Naciones Unidas que se llama los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas en situaciones de crisis apunta que el no disfrute por las mujeres y niñas de sus derechos básicos de salud sexual y reproductiva es un impedimento significativo para la igualdad de género y es resultado de la persistente falta de respeto, protección y cumplimiento por parte de los estados de esos derechos. La desigualdad de género se manifiesta en desventajas sistémicas para las mujeres y las niñas o personas con capacidad de gestar a lo largo de su ciclo de vida y que sufren violencia de género. En ese contexto de desigualdad y violencia se ve como una crisis en sí misma que ha sido normalizada en las instituciones legales y las políticas patriarcales coloniales que discriminan por sexo, género, raza, entre otras razones y que son profundizadas por la no implementación de protecciones legales y compromisos políticos asumidos en esferas regionales o internacionales. Como por ejemplo el caso del Programa de Acción de El Cairo de la Conferencia de Población y Desarrollo o el Consenso de Montevideo que es el documento de nuestra región que establece los compromisos de los gobiernos a los 20 años de la edición de la Conferencia de El Cairo y es importante y relevante para las políticas en esa área para los países de América Latina y de El Caribe.

En particular, la desigualdad de género para niñas menores de 15 años es una barrera importante para tener acceso a asesoramiento y recibir información sobre; por ejemplo, métodos anticonceptivos y poder prevenir embarazos no deseados; así como para tener acceso a la ILE. En ese contexto complejo es que debemos tener en cuenta, principalmente por parte de los profesionales de la salud, cuándo las adolescentes buscan los servicios de salud en situaciones de vulnerabilidad.

Es importante tener en cuenta que hay la Convención de derechos del niño que es un marco muy importante para los derechos de niñas, niños o adolescentes en esa situación, en su artículo 1 define que es niño todo ser humano menor de 18 años y adopta el concepto de “seres en desarrollo” en relación con los adolescentes. Y la Convención reconoce su capacidad de entender como suficiente la toma de decisiones sobre su vida, en ese sentido, hay el artículo quinto que establece que los estados parte respetarán las responsabilidades, derechos y deberes de los padres o, según sea el caso, los miembros de la familia o la comunidad de acuerdo a las costumbres locales, tutores u otras personas legalmente responsables del niño que guíen e instruyan adecuadamente al niño de manera que sea coherente con la evolución de su capacidad para ejercer los derechos reconocidos en esta convención. Es muy importante, con respecto a la relevancia de la audición de las niñas y adolescentes en situaciones de violencia, que el equipo debe adoptar un abordaje centrado en los derechos humanos.

Segundo, el estándar establecido por el artículo doble establece que los estados parten se aseguran de que el niño o la niña que puede formar sus propios puntos de vista, tenga derecho a expresar sus opiniones libremente sobre todos los asuntos relacionados, teniendo debidamente en cuenta esas opiniones según la edad y madurez de la niña. Con ese fin se dará a la niña en particular la oportunidad de ser escuchada en cualquier procedimiento judicial o administrativo relacionado con él directamente o por medio de su representante u organismo apropiado en conformidad con las normas procesales de la legislación nacional.

Es importante tener en cuenta el principio de la responsabilidad internacional del estado, el sistema internacional de protección de derechos humanos está basado en ese principio mediante la aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos los estados se comprometen a cumplir con sus obligaciones internacionales de acuerdo con el principio de buena fe. Ese sistema internacional consagra una lista de tratados e instrumentos de derechos humanos que, por un lado, contemplan las obligaciones de los estados de respetar, proteger y garantizar derechos humanos y, por otro lado, correlacionan dichos deberes estatales con los derechos humanos de los y las individuos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos sentó precedente importante en el caso de (ininteligible) para la interpretación de estas obligaciones por parte del estado de respetar, asegurar la realización de los derechos y adoptar todas las medidas necesarias para hacer efectivos esos derechos.

En la evolución de la jurisprudencia del sistema interamericano después de ese caso ha sido ampliada desde la perspectiva de género para determinar la responsabilidad del Estado de respetar, proteger y garantizar derechos humanos de mujeres y niñas a la igualdad, a la no discriminación debido a raza, etnia, situación de pobreza, orientación sexual, entre otras. Y el estado entonces debe promover la valorización de la vida de esas mujeres y niñas con el fin de romper con la cultura que naturaliza la discriminación y la violencia de género. Entre las medidas de reparación se debe incluir medidas de rehabilitación con sus diferentes posibilidades y modelos basados en derechos humanos y evidencias científicas para el acceso a políticas sociales como por ejemplo es el caso de los servicios de salud, atención psicosocial y educación. Entre tales medidas está el acceso a servicios psicológicos con consejería basada en derechos para una decisión informada y autónoma para las víctimas en caso de embarazo temprano, como en niñas menores de 15 años. La responsabilidad del estado debe ser determinada por acción o por omisión; por ejemplo, en la no adopción o no implementación de políticas que garanticen derechos sexuales y reproductivos o cuando dichas leyes y políticas violan derechos humanos; por ejemplo, las leyes que criminalizan u obstaculizan la práctica del aborto y discriminan y pueden representar riesgos reales para la salud y para la vida de las mujeres y niñas que deciden por la ILE y que no pueden tener acceso.

Los estándares internacionales de derechos humanos pueden actuar como un marco de orientación para la definición de políticas públicas en general. Esos estándares jurídicos son definidos por los órganos del sistema interamericano y han reconocido diversas formas de incorporación a los sistemas jurídicos nacionales, provocando cambios en las jurisprudencias de los tribunales locales impactando en la transformación de las agendas públicas y líneas de orientación de políticas para gobiernos de los países latinoamericanos. Eso se da en varios temas de derechos humanos, como por ejemplo el derecho a la verdad, el acceso a la información pública, acceso a la justicia, el reconocimiento de la autonomía reproductiva de todas las mujeres para tomar decisiones informadas de sus vidas privadas y el derecho a la igualdad y no discriminación de las personas LGBTI. Esos principios de derechos humanos que deben orientar la asistencia en salud de niñas o personas en situación de violencia son abarcados y desarrollados en los estándares de derechos humanos de los órganos de protección. Yo menciono algunos; por ejemplo, que son muy importantes para el tema de UI, como por ejemplo el tema de la autonomía, el consentimiento informado, el interés superior de la niña,

es importante señalar que esos estándares evolucionan siempre en el tiempo y pueden abarcar otros derechos emergentes y que necesitan de protección y medidas de garantía y de reparación por violaciones de derechos humanos.

Entonces, yo ahora me voy a enfocar en algunos principios específicos que no es una lista exhaustiva, pero que dan algunos ejemplos claros de por donde los profesionales pueden guiarse en la atención a esas niñas menores de 15 años. Por ejemplo, el estándar de debida diligencia reforzada para el acceso a servicios de salud integrales, en los casos de niñas adolescentes en situaciones de violencia sexual que se quedan embarazadas y quieren interrumpir su embarazo no intencional, la falta o denegación de acceso a la ILE por parte del sector público o privado de salud es una forma de violencia basada en género que viola sus derechos humanos y les impide disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos y desarrollar su sexualidad de manera saludable. Además, les impide ejercer otros derechos humanos. El derecho a la salud sexual y reproductiva es fundamental y se basa en la realización de otros derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la salud, a la protección contra la tortura y a los malos tratos, la privacidad, la educación, la no discriminación y el derecho a vivir libre de violencia. En esos casos el estado tiene un deber de diligencia reforzada de respetar, proteger y garantizar sus derechos humanos que está traducido en la implementación de políticas y prácticas de salud como, por ejemplo, es el caso del acceso al aborto seguro

El comité de derechos del niño ha instado a los estados a garantizar que los sistemas de servicios de salud puedan satisfacer las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y ha pedido explícitamente que las adolescentes tenga acceso a la gama completa de servicios incluida la atención a la salud materna, información, servicios anticonceptivos, métodos y a corto y largo plazo a la anticoncepción de emergencia, servicios de aborto seguro y atención posaborto e información de servicios para prevenir y abordar las infecciones de transmisión sexual. Aún en su observación general, ese mismo comité no sólo ha reconocido la importancia de la capacidad evolutiva de los y las adolescentes para tomar decisiones independientes sobre su salud, sino que también ha pedido a los estados que introduzcan una presunción legal de que las adolescentes son competentes para buscar y tener acceso a productos y servicios de salud sexual y reproductiva preventivos o urgentes. Los estándares de esos comités se complementan y consagran el derecho a la salud sexual y reproductiva para todos y todas, incluidas las adolescentes. El comité para derechos económicos, sociales y culturales; por ejemplo, interpreta este derecho como que abarca el derecho a tomar decisiones y elecciones libres y responsables libres de discriminación, violencia y coerción sobre asuntos relacionados con el cuerpo y la salud sexual y reproductiva. Así como el acceso sin trabas a una amplia gama de servicios de salud, instalaciones, bienes, servicios e informaciones que aseguren el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva.

El tema de consentimiento informado es uno de los temas que mayor temor incertidumbre genera dentro de los integrantes de los equipos de salud que atienden a las niñas embarazadas menores de 15 años que es el llamado proceso de consentimiento de la niña y la toma de decisión. Es así y en muchos casos la voz de la niña queda silenciada o, en el mejor de los casos, mediada por las interpretaciones del adulto que acompaña o del propio equipo de salud. Si bien los marcos normativos pueden exigir el asentimiento o consentimiento de un progenitor o

adulto contrariando orientaciones de la OMS, es importante que establezcan que la niña tiene derecho a ser escuchada y su voz es clave en el proceso de toma de decisiones. A fin de neutralizar esa espontánea mirada adultocéntrica es necesario que se le brinde información adecuada y precisa y se promueva activamente su participación en cada etapa del proceso de atención. En ese sentido el equipo debe dar transparencia, debe posibilitar la transparencia activa, esto es brindar información que, aunque no fuera solicitada explícitamente, permite y facilita el proceso de consentimiento informado y la garantía del derecho a la información y la toma de decisión sobre la ILE. La edad del consentimiento sexual es aquella por debajo de la cual el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales genera efectos legales que asumiéndose violencia o abuso por parte del que fuere mayor de edad sin importar la existencia o no de cualquier violencia o abuso real. La legislación de los distintos países de la región suele ubicar la edad de consentimiento sexual entre los 14 y 16 años. En consonancia con el derecho a ser escuchadas y participar en la toma de decisiones las adolescentes tienen derecho a que no se les impongan servicios de salud sexual y reproductiva.

## **PONENCIA - Johana Gonzales**

### **Tema: Consejería en la Interrupción del Embarazo en menores de 15 años**

En primera parte la interrupción legal del embarazo como tal y; por otra parte, los adolescentes que buscan esta interrupción. Y se vuelve complejo yo ubico por dos situaciones. Una, los marcos normativos en cada país en las regiones son completamente distintos, incluso en México que, a pesar de que en las 32 entidades federativas está despenalizado el aborto por violación, pues no se ha logrado que sea una realidad en su totalidad el acceso al servicio. Por otra parte, y agregado a lo anterior, sabiendo que todos igual en todas las regiones, todas las poblaciones, todas las sociedades tenemos distintos tipos de educación, otras culturas, otras religiones pues lo vuelve aún más complejo. Sabemos que estos temas tienen un gran nivel de complejidad y que los temas que nos confrontan son los que pues nadie quiere hablar. Sin embargo, el tema de consejería es una invitación a ser justamente de estos temas algo reflexivo, un lenguaje reflexivo, tomarlo como lenguaje de reflexión, también cuando se está abordando desde el punto de vista docente para que se pueda difundir esta información y podamos hacer una realidad que los servicios de salud se estén brindando los temas de consejería. ¿Por qué? Porque este tema es de gran importancia, prácticamente es la mitad del modelo de atención. Tan importante es el procedimiento que va a llevar la mujer en situación de aborto como la parte de consejería como parte del modelo integral y hablando de la calidad de la atención.

Hablar de niñas y adolescentes, pues, es hablar justamente de esta etapa de cambios tanto biológicos como psicológicos y sociales como ya lo sabemos, pero también están relacionadas con el grado de bienestar en torno a la sexualidad en general que surgen en esta etapa. Van a surgir la atracción y el deseo sexual, pero también este conocimiento en su capacidad para la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, van a tener profundas reflexiones sobre su capacidad de decidir e inician con el desarrollo también de sus capacidades en evolución. ¿A qué nos referimos con esto? Al autoconocimiento que vamos adquiriendo a través de esta etapa de la niñez a la adolescencia para reflexionar sobre nosotros mismos y también sobre el entorno que tenemos o dónde nos estamos desarrollando. Justamente esta

etapa es la oportunidad que tenemos de abordaje sobre los temas de sexual y reproductiva con un enfoque de derechos humanos en todo momento con el fin de mejorar la calidad de vida tanto presente como durante estos adolescentes.

Aquí les muestro un estudio que se hizo por parte de nuestra organización que se llama “Violencia sexual y embarazo infantil en México” y bueno aquí nos dice que en la adolescencia el embarazo no es el resultado de una decisión o acto deliberado de la adolescente, sino que la mayoría de los casos es consecuencia de una falta de poder para la toma de decisiones. ¿Cómo vamos a empoderar a estos adolescentes? Justamente con la información, con el que sepan y tengan acceso a estos derechos por medio de la consejería y es por eso que es de vital importancia este tema.

Muchos adolescentes no tienen acceso a la información desde la familia, desde su casa, desde el contexto en el que viven, a lo mejor no tienen ni siquiera un equipo de cómputo o a internet y es por eso que estos adolescentes no se encuentran empoderados. Y también desde la salud pública tenemos una gran responsabilidad de empoderar a esos adolescentes con información. También nos damos cuenta que no tiene la confianza de acercarse a una unidad de salud, no cuentan tampoco con el acceso real a los métodos anticonceptivos, tanto no tienen el financiamiento todavía para poder hacer las compras, también hay sitios o lugares en donde todavía no está abierto el acceso a métodos activos o no todos los métodos anticonceptivos, y definitivamente no tienen realmente el acceso a ellos como debieran tenerlo. Por lo tanto, se vuelven altamente vulnerables a sufrir violencia, a sufrir prejuicio, a sufrir discriminación y justamente entrando en este tema de violencia pues sabemos que a nivel mundial tiene una alta importancia a nivel de salud pública. Es un problema muy grande y bueno la violencia contra las mujeres en particular, la violencia de género, la violencia sexual, es uno de los factores que más impactan en la posibilidad de un embarazo en adolescentes.

Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual en general, pero en esta etapa ubicamos tres importantes. La coerción sexual es una dinámica de ejercicio de poder del violentador donde realiza varias técnicas como amenaza hacia la víctima, aislamiento y abuso emocional, que son las técnicas que utiliza en la mayoría de sus casos. Por otra parte, tenemos también el abuso sexual que involucra justamente esta niña o está adolescente en una actividad sexual que no es capaz de consentir pero tampoco es capaz de negarse justamente por la coerción que está llevando de manera anticipada. Puede ocurrir en este o no fuerza física, pero hay manipulación y entonces hay tocamientos físicos, puede haber caricias, puede haber besos sin consentimiento del adolescente o la niña. Por otra parte, tenemos como tal ya la violación sexual, aquí se incluye como tal la fuerza física, incluye la penetración ya sea vía vaginal, oral o anal. Y, bueno, debido a esta situación y a las altas estadísticas como ya lo mostraron de violencia en menores de 15 años existen altos números de embarazo no deseado y no planeado, lo que nos está llevando a hablar de interrupción del embarazo.

Aquí en el contexto de interrupción legal del embarazo y aparte interrupción voluntaria del embarazo también el embarazo infantil y adolescente es otra gran brecha de salud pública,

como la que hablábamos de violencia. Para que sea atendido necesita una estrategia multisectorial. Y ¿qué entendemos por multisectorial? Que tengamos participación de diversas instituciones como acceso directo a la información, a la justicia, a seguridad, a los cambios de roles de género que son muy tradicionalistas. No obstante, el que juega el papel más importante es el sector salud. Debe ser fundamental realizar algunas acciones, por mencionar algunas que acá les enlisto, y bueno se considera de suma importancia que ante esta situación los servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo la interrupción del embarazo sean considerados como prioritarios.

A partir de aquí que la consulta de interrupción legal o interrupción voluntaria, como se le dice aquí en México cuando es por violación, debe considerarse una urgencia, por lo cual no debe posponerse y debe estar al alcance de toda mujer en edad reproductiva incluyendo a niñas y adolescentes. Entonces se sugiere que se evalúe el alcance resolutivo y ofertar los tratamientos de elección para resolver el aborto de forma segura. También aquí en donde se evalúa la posibilidad de realizar los tratamientos ambulatorios. Si bien la mujer la adolescente va a tener la posibilidad de decidir entre estos tratamientos como son el ambulatorio con misoprostol y mifepristona, como aspiración manual o endouterina, que sabemos que son los de elección, podemos evaluar esa posibilidad del ambulatorio, justamente por el contexto de pandemia; por otra parte, si estamos hablando de una situación de violencia lo que menos queremos es revictimizar a la mujer y manipular también sus zonas genitales. Puede que ella escoja o elija el tratamiento ambulatorio y también sabemos que es de alta efectividad y puede ser muy benéfico para la situación y el contexto con el que está viviendo, siempre y cuando tengamos la opción del monitoreo clínico y de preferencia se recomienda o se sugiere tener contacto directo siempre con el médico tratante justamente por el contexto del adolescente, por el contexto de violencia en el que está viviendo y tener algún tipo de referencia si es necesario.

Por lo tanto, vamos a buscar la participación del segundo nivel de atención. Hay algunos casos en donde a lo mejor el primer nivel de atención no se va a poder resolver. Por ejemplo, cuando son edades gestacionales mayores o por alguna condición clínica que tenga anexa la adolescente y no puede resolverse o no pueda darse el tratamiento ambulatorio o tratamiento con aspiración manual. Es por eso que se busca la participación y tener la referencia del segundo nivel. Siempre debemos considerar también la anticoncepción pos-aborto y dependiendo de la decisión del adolescente hacer promoción de los métodos anticonceptivos modernos. El uso de la doble protección es algo que siempre debemos tener muy presente, muy de la mano y, bueno, aquí le puse a considerar la anticoncepción pos-aborto. Sabemos que muchas veces esas niñas o adolescentes no han iniciado una vida sexual activa como tal, solamente fueron víctimas de violencia física y; por lo tanto, muchas veces no nos aceptan el método anticonceptivo y debemos, aunque de repente nos sea difícil por el contexto, por ser un adolescente y por estar en un ambiente de violencia nos suena un poco complicado no otorgar el método anticonceptivo. Sin embargo, siempre hay que respetar la decisión de las mujeres y bueno en caso de que sí, hacer promoción de métodos anticonceptivos modernos.

Entramos como tal en el tema de consejería. Les decía que la consejería siempre va a ser adaptable al contexto, en este caso a los adolescentes. La consejería en salud sexual y reproductiva se define como una relación entre el prestador de salud y la usuaria o la mujer que

debe de ser personalizada, de apoyo psicosocial, de comunicación horizontal, donde se escucha y guía a los adolescentes que pueden entrar solos o acompañados, para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y responsables en el ámbito de su sexualidad en forma integral. Esta es como tal la definición de consejería para adolescentes, aunque sabemos que en su tradición counseling no nos ayuda mucho, pensamos o creemos que se relaciona con dar consejos. No es así. Sabemos que es más una relación interpersonal entre la usuaria y el prestador de salud.

Algunas características principales para brindar la atención consejería es tener la información actualizada, veraz, oportuna y con evidencia científica, es por eso que tenemos una responsabilidad muy grande de tener muy de la mano y estar actualizados con temas de salud sexual y reproductiva. Aquí es importante también saber que la interacción es del equipo multidisciplinario, no solamente una persona puede tener la responsabilidad de dar consejería. La responsabilidad de la información de tener a la mano es compartida, es del equipo multidisciplinario y por eso se pretende caminar hacia esa atención integral, hacia ese modelo de calidad porque necesitamos participación de médicos, médicos ginecólogos, personal de enfermería, de trabajo social, de psicología para fomentar un espacio y promover la participación de las mujeres para la toma de decisión.

¿Qué vamos a tomar en cuenta? Siempre el estado físico y emocional con el que llega la adolescente en este caso, el contexto en el que se está solicitando el servicio, la cultura, la orientación sexual y la identidad de género y la relación tanto el prestador como la usuaria. Siempre debe de ser una relación empática y cordial. Entonces es aquí donde decimos que la consejería se adapta al entorno. Podemos tener distintos tipos de personalidades, distintos tipos de culturas, recordemos que cada uno de ellos tiene su particular historia y su particular experiencia. Entonces lo que se tiene que amoldar a ellos es justamente la sesión consejería dependiendo de la necesidad que nosotros tenemos es la intervención que nosotros vamos a brindarle. Esto se hace con algunas características que son los principios de la consejería como tal que aquí los pueden ver en listados y se hace la invitación a llevar a cabo cada uno de ellos de la mejor manera.

Vamos a recabar el consentimiento informado sobre las opciones que tiene de tratamiento, los riesgos y los beneficios. Sabemos que en este caso los beneficios son los mayores. Vamos a asesorar sobre el acceso a centros de emergencia, visitas de seguimiento, anticoncepción, salud sexual y reproductiva de manera general. Toda esta información se la vamos a dar sin la intención de retrasar o inducir la decisión de la adolescencia. Si ella ya ha tomado una decisión debemos respetarla, a veces tenemos la creencia que por ser un adolescente no me va a entender, no sabe el contexto; sin embargo, justamente por estas capacidades en evolución que vamos adquiriendo y brindando esta información adecuada nosotros tenemos que darle justamente este empoderamiento para que pueda tomar una decisión.

¿Cuáles van a ser las características del consejero o la consejera? Debe tener una mentalidad abierta con empatía y sin prejuicios. Ya decíamos que simplemente por ser adolescente se traduce a que son personas vulnerables y, justamente, por este estigma, este prejuicio que se tiende a ser hacia ellos es lo que no debemos de hacer. Vamos a comportarnos

dentro de la sesión consejería de una manera neutral, vamos a brindar la misma atención y el mismo respeto a cada una de las adolescentes independientemente de los comportamientos y las decisiones que tengan en su salud sexual y reproductiva. Vamos a distinguir entre nuestros propios valores o de quién está brindando la consejería respetando los de la persona aún cuando sean completamente diferentes y vamos a respetar los sentimientos, las percepciones y las decisiones de cada una de las personas.

Por otra parte vamos a identificar esos sentimientos. A veces vamos a entrar nosotros como mediadores, vamos a tener distintos tipos de adolescentes en sesión. Hay algunos que a veces nos pueden entrar a lo mejor en alguna crisis y nosotros tendremos que hacer contención y es por eso que tenemos que tener a todo el equipo multidisciplinario muy atento, sobre todo a estos casos. Es aquí donde a lo mejor nos podemos apoyar también de trabajo social o de psicología en caso de que sucediera eso. Sin embargo, el identificar sentimientos también nos ayuda a buscar esa comprensión que necesita esa adolescente, ayudar en caso de crisis como ya lo habíamos dicho y bueno esté preparada para acá pasó de lo que viene en un futuro, de su tratamiento, de la manera en que nosotros vamos a expresar que le queremos brindar una ayuda.

Después, vamos a parafrasearla, vamos a buscar justamente que estemos teniendo la misma información. Yo la parafraseo con lo que me está diciendo para saber que yo estoy comprendiendo la información que ella me está brindando. En todo este momento de la consejería yo voy a validar la información que ella me esté dando. Yo voy a creer en la información que me esté diciendo porque a final de cuentas si ella tiene una idea errónea sobre un procedimiento, sobre un tratamiento, sobre una experiencia, la que le va a quitar esa idea es la persona que está brindando la consejería. ¿Y cómo le vamos a quitar la idea errónea? Justamente proveyendo información; información con evidencia científica. De repente cuando estás en una sesión de consejería hay que tomarnos el tiempo necesario porque estamos tratando de ayudar a estas niñas, a estas adolescentes dependiendo del contexto en el que están viviendo y necesitamos explorar.

Nosotros como personal de salud tenemos información importante y de gran relevancia, entonces a veces tenemos tanta información que no sabemos qué hacer con ella y la realidad es que no sólo necesitamos escucharla, necesitamos intervenir conforme a lo que estamos obteniendo esa valiosa información que nos va a ayudar a actuar. Dentro de esta sesión si se nos llega a desviar el tema hacia otros lados debemos tener preparadas preguntas significativas, preguntas significativas sobre su estado de salud, sobre cuestiones relevantes que nos ayuden nuevamente a guiar nuestro tema en dónde estábamos y que puedan ser aplicativos para poder continuar la sesión consejería. Después de proveer esta información y haber validado a la mujer la información que tiene y a la mejor haber liberado dudas y cuestionamientos, vamos a resumir y consensuar planes con ellas, sobre todo cuando tiene que ver con diagnósticos, tratamientos y manejos en cuestiones de seguimiento.

Vamos a tener algunas consideraciones necesarias. Cuando nosotros formamos parte de una consejería, desde la recepción y bienvenidas es el parteaguas para ganarme la confianza de la persona que está frente a mí. Entonces un recibo cordial, un recibo de apoyo siempre nos va

ayudar muchísimo a que estas adolescentes tengan esa apertura hacia el poder brindar la información que yo necesito para poder ayudarla.

Vamos a identificar el motivo de esta consulta. En este caso puede ser, ya dijimos, una violencia sexual, una interrupción del embarazo por violencia; sin embargo, en adolescentes podemos tener N tipo de situaciones por el cual están buscando esta consulta o esta consejería. Siempre vamos a adaptarla hacia el tipo de población que tenemos. Ya dijimos que en esta sesión estamos hablando en adolescentes menores de 15 años, pero también puede que tengamos algunas otras complicaciones con las cuales tengamos que hacer esa adaptación de la consejería. Pueden ser a lo mejor alguna adolescente con alguna discapacidad física, una adolescente con una discapacidad cognitiva, alguna adolescente que habla otra lengua otro idioma, entonces pues tratemos siempre de buscar ese apoyo para poder brindar la sesión. Igual y a lo mejor tenemos a alguien que habla otra lengua, que habla alguna lengua indígena, podemos apoyarnos de algún familiar que funja como nuestro traductor si no lo tenemos en el servicio de salud. Y bueno vamos a explicar los temas de interés que ya decíamos que son sobre salud sexual y salud reproductiva.

¿Cuáles son las recomendaciones para brindar una buena consejería? Vamos a guardar confidencialidad. ¿Qué pasa a veces en este punto? Que cuando tenemos una situación de violencia a lo mejor en alguna unidad de salud ingresa la mujer, ingresa al adolescente y tiende a difundirse de manera muy fácil educación. Creemos que se puede guardar la confidencialidad justamente teniendo mucho cuidado en informar solamente al equipo de apoyo, al equipo que va actuar e interactuar con la mujer que sepa solamente lo que está sucediendo con la mujer y no que se tenga que enterar personal de otro servicio, personal más externo; debemos y creemos que se puede tener y dado con la confidencialidad.

El contacto cara a cara, recordemos que los procesos de atención consejería siempre son a la par, hay que cuidar mucho eso, no tener distracciones. De repente estamos con los móviles, de repente nos están interrumpiendo, nos están hablando en otras partes que nos hacen que nos podamos distraer y no estamos logrando este objetivo de que estemos escuchando activamente a nuestra adolescente. La objetividad, ya decíamos que separar nuestras creencias y experiencias personales de repente es un reto por lo que necesitamos en un principio. Venimos de diferentes culturas, diferente educación, diferente religión y esto hace que haya un conflicto a veces entre lo que estamos escuchando y lo que queremos escuchar, pero yo me tengo que mostrar con una postura realmente profesional, neutral de escucha activa y de apoyo.

El consentimiento del procedimiento basado en evidencia científica y con los procedimientos que son seguros justamente para el aborto. Precisión para el lenguaje, tenemos que evitar las incongruencias y el lenguaje que pueda ser discriminatorio para nuestras mujeres. Es un manual que también tenemos en Ipas para mujeres en situación de aborto y aquí ponemos algunas imprecisiones comunes de lenguaje y cómo podemos corregirlo. Lo ideal es que siempre a cualquier mujer se le mencioné por nombre personal y bueno aquí hay algunos ejemplos; sin embargo, lo que queremos es descartar completamente el lenguaje incorrecto, esto de “la violada”, “la del aborto”, y lo que tendemos a escuchar muchas veces en los servicios públicos es lo que te queremos llevar a descartarlo completamente.

Vamos a tener tres etapas en las que podemos realizar consejería y bueno va a ser previo al procedimiento, durante el procedimiento y posterior al procedimiento. Antes del procedimiento, ya lo mencionábamos, tenemos que tener toda esta información que nos va ayudar a la mujer y al personal de salud a llevar a cabo, por su salud como tal, a resolver en este momento lo que le está llevando la situación de aborto, la situación de violencia. Sin embargo, previo al procedimiento también, si se da la pauta, podemos hablar también sobre métodos anticonceptivos y dar la pauta también podemos hablar de temas de salud sexual.

Durante el procedimiento ya sea que sea con tratamiento ambulatorio o con tratamiento medicamentoso dentro de la institución o con la aspiración manual endouterina vamos a estar acompañando en cada paso del proceso y es por eso que les decía que todo el equipo estar sensibilizado, todo el equipo debe tener la información, todo el equipo debe hacer la consejería porque probablemente el médico y la enfermera que la atendió en un inicio en la consulta inicial no sean las mismas personas que a lo mejor van a estar dentro del procedimiento con ella, pero lo que sí queremos es que tengan la misma información, la misma empatía. Durante el procedimiento se le va a estar explicando cada paso, cada parte y se le va a estar acompañando. Justamente queremos que interactúe también en el autoconocimiento en que pueda saber cuál es el manejo que se le está realizando, el que ya deba tener clara en el proceso por el cual va a pasar, tanto en medicamentos como con aspiración manual y que ella pueda estar participativa en su salud en ese momento.

Posterior al procedimiento vamos a buscar que ella no tenga duda, que tenga todos los datos, síntomas de alarma y vamos a buscar que poderla conectar hacia un hacia un segundo nivel si es necesario o hacia algún un sistema de referencia si necesita la mejor alguna terapia con psicología a primer nivel o con otras organizaciones de la sociedad civil.

Cierra la sesión consejería, vamos a resumir los conceptos clave tratados, preguntar a la adolescente si tiene alguna otra inquietud, nos vamos a cerciorar de que comprende la información clínica e importante que se trató o cualquier otro tipo de información y proporcionar a la adolescente indicaciones escritas o de referencia. Ya decíamos que dependiendo vamos a buscar el sistema de referencia especializado. Si un prestador no es capaz de atender adecuadamente las necesidades de la mujer es preferible referirla a otros consejeros o a otras unidades correspondientes. Cada prestador debe conocer los recursos de alta calidad, también sus habilidades y bueno en su zona refería las mujeres cuando sea necesario ya decíamos que a veces necesitamos el acompañamiento de otras instituciones, psicología por parte externa si no contamos con ella en las instituciones públicas, pero siempre tener esta lista de servicios especializados, de servicios de referencia para nunca poner en riesgo su seguridad.

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

### **Guillermo Ortiz:**

Gracias Johana, muchísimas gracias también a Bía por sus presentaciones. Tenemos ya algunas reacciones, algunas preguntas en el chat. Sin embargo, quisiera dar paso al micrófono abierto y a videos abiertos si quieren hacer alguna pregunta, algún comentario, algo que quieran compartir o también las personas que han escrito en el chat si quieren hacer a viva voz sus

comentarios o preguntas. En lo que nos animamos a hacer alguna pregunta voy a comenzar leyendo un comentario, una pregunta en el chat.

Giovanni García dice “¿Qué opinión tienen al respecto en donde el aborto de un embarazo no deseado es permitido en algunos países, la planificación familiar y la salud reproductiva es considerado un tabú? En algunos sectores de la sociedad, no ven la importancia que tiene la misma en el desarrollo económico y social de la familia y, por ende, del país. ¿Qué factores pueden llevar a estas creencias?”

También nos dice Silvia “es lamentable que en muchos estados de México omiten ofrecer información sobre la interrupción voluntaria del embarazo. La interrupción legal del embarazo, la autonomía progresiva de las y los adolescentes no está contemplada como marco esencial de derecho. Por el contrario, el enfoque adultocentrista y patriarcal sigue permeando en los prestadores de servicios de salud”.

Hay una pregunta para el caso de niñas menores de 12 años que interrumpen un embarazo por violación. “¿También se les ofrece anticoncepción posaborto y de qué tipo?”

### **Génesis Luigi:**

Hola, qué tal yo soy Génesis. Soy investigadora en temas que aborto, salud sexual y reproductiva. Soy venezolana, pero vivo en México, estudio en Suiza. Muchísimas gracias por las presentaciones creo que el tema de aborto normalmente se habla con relación a personas un poco más mayores, a mujeres personas que buscan aborto que son quizá mayores. Me llama la atención el modelo de consejería y también como es el manejo con cuidadores, padres, madres en los espacios porque quizá muchas adolescentes no llegan solas al servicio. Cómo podemos hacer ese balance entre la autonomía de las adolescentes en la consejería y quizá madres, padres, cuidadores por otro lado queriendo saber de las situaciones, de los detalles. Cómo se maneja esa parte en consejería es mi pregunta.

### **Johana Gonzales:**

Muchísimas gracias. Sí, justamente muchas veces no llegan solos los adolescentes a pedir el servicio; sin embargo, en esta opción que estamos dando de consejería y del empoderamiento que estamos hablando de los adolescentes sí tratamos un poco, tampoco vamos a entrar en controversia con los papás, de que la consejería, si el adolescente está de acuerdo, se haga de manera individual. Entonces, en lo posible, tratamos de invitar a que los padres de familia nos puedan esperar, a veces van acompañados de alguien más, puede ser hasta la misma pareja, puede ser este hasta de un tutor, que puedan esperar un momento en el cual nosotros podamos detectar y determinar si el adolescente quiere realmente entrar sólo a la sesión consejería. Creo que sí hay oportunidades de hacerlo y bueno realmente nos vemos encontrar también conflictos de que a veces no querer dejar solo al adolescente, pero siempre tratar de manera individualizada es una actitud y algo que se desarrolla conforme tú vas haciendo también ese proceso de consejería.

### **Andrea Berra:**

Hola, qué tal, gracias, Guillermo. Bueno un saludo a todas y todos los que estamos acá, la verdad es un placer escucharlos y encontrarme con gente tan linda como siempre. Gracias Susana por abrir este espacio también tan importante desde CLACAI. Yo estaba pensando en relación con el tema del acceso de las niñas, como comentó Johana, las consejerías con niñas adolescentes menores de 15 años que muchas veces se suma en lo que es el acceso a la interrupción legal del embarazo cómo es en mi país. Yo soy Argentina, soy de la red de profesionales de salud por el derecho a decir, soy psicóloga y estaba pensando en esto de que muchas veces se une lo que tiene que ver con el abuso infantil, niñas de 11, 12, 13 años según el abuso infantil, el embarazo forzado, cómo consideran esto en el trabajo en las consejerías Johana como las intervenciones concretas, si no puedes comentar algo. Me pareció muy buena tu experiencia y tu mirada y; por otro lado, para Bía te quería preguntar, hola Bía un placer escucharte, del caso de Lucía acá en Tucumán en Argentina qué fue un caso muy fuerte donde precisamente se unió de manera muy cruel y drástica el tema del abuso infantil con el acceso a ILE. En ese momento se consideró que era una ILE, pero como tú bien expresabas fue a través de una cesárea entonces fue un tema bastante controversial o sea pensar el acceso a la ILE con una cesárea, pero más allá de eso la pregunta es en relación a qué pasa con los profesionales que obstaculizan el acceso porque en ese caso hubo profesionales que acompañaron a la niña para que accediera al derecho a la interrupción de embarazo pero como tú bien dices hubo una demora de más de un mes en el acceso a la intervención. Entonces cómo está ahí la figura del estado, que nos da lo que tiene que ver con el derecho internacional para pensar a los profesionales que sí querían no que ella accediera a la práctica la ILE, pero hubo otro sector en lugares de poder gubernamental, una situación bastante complicada con grupos antiderechos ocupando lugares de poder en lo gubernamental que imposibilitaron ese acceso. O sea, desde el derecho internacional que herramientas tenemos en estos casos. Bueno. Muchas gracias.

### **Johanna Gonzales:**

Sí, gracias, Guillermo. Respondiendo un poco Andrea. Justamente la consejería tiene un grado de dificultad al haber estos contextos de la interrupción del embarazo y que sean menores de 15 años fue un poco más complejo. Sin embargo, acá tenemos la modificación de una norma que nos ha ayudado de cierta manera a poder apoyar y a poder ayudar a los adolescentes de una manera más cercana. Tenemos dos. La 046, que señala que las menores de 12 años pueden requerir acompañamiento a papá-mamá o quien ejerza la tutela conforme al interés superior del menor, en las menores de 12 años este es el caso. En las adolescentes mayores de 12 hasta 18 años se reconoce su autonomía reproductiva, por lo cual no necesitan estar obligadas de llevar un tutor o alguien que ejerza la tutela como padres. Es aquí donde podemos interactuar de manera más cercana y sobre todo en cada proceso de la consejería, ya decíamos que la consejería es exactamente la misma, simplemente la vamos a ir enfocando a las necesidades de cada una de las personas y en este caso en adolescentes si necesitamos ser más sensibles, necesitamos transmitir la información y que ellos puedan adquirirla para poder ejercer este derecho y que tengan claramente la decisión que van a tomar siempre siendo más sensible en todo, en los procedimientos. Ya decían y hablaban en el primer día con el doctor Guillermo que puede haber; por ejemplo, si va a hacer una aspiración manual endouterina va a haber una

sedación leve junto con el bloqueo paracervical, medidas de acompañamiento no farmacológico para el dolor hasta terminar el tratamiento y la referencia siempre a los servicios especializados, sobre todo que tengan que ver con psicología trabajo social para que podamos entonces así hablar de este contexto del modelo de atención integral que nosotros queremos. Pero esto todo va a ser dependiendo del contexto de la evidencia y de la experiencia de cada uno de los adolescentes

### **Bía Galli:**

Gracias, yo quisiera hacer un comentario sobre la pregunta anterior sobre el tema de los padres y cómo resolver en caso haya algún conflicto y la verdad es que de acuerdo a los derechos humanos y el principio de evolución de la capacidad de los niños y niñas hay una tendencia a que fortalezca progresivamente esa capacidad hasta eliminar completamente la dependencia de la opinión de los padres en el momento del acceso a la salud. Entonces hay el relator especial sobre derecho a la salud que ha solicitado la eliminación del requisito de consentimiento de los padres para que las niñas puedan acceder a los servicios. Entonces, sabemos que no es tan fácil pero yo he visto, por ejemplo, que hay guías en otros países donde por ejemplo se posibilita al adolescente que tenga una persona mayor de su confianza que no tiene que ser necesariamente a uno de sus padres, padre o madre, pero que sea una persona mayor de su confianza para eliminar ese problema del conflicto de intereses entre padres y niñas. Sobre la pregunta de Andrea yo quería decir que en realidad es necesario acceder primero a los recursos internos o judiciales de los países en esos casos como de la denegación de acceso a servicios de ILE para niñas violadas y en caso las cortes no tengan una decisión favorable o esté demorando mucho sí se puede acceder a los órganos internacionales; por ejemplo, a través de la presentación de medidas cautelares. Eso se ha hecho algunas veces y se ha posibilitado por ejemplo en un caso que se trataba de una mujer enferma en El Salvador que ella tuviera acceso al tratamiento médico y haya tenido una enfermedad, el tratamiento médico para ser hecho se necesitaba interrumpir su embarazo. Entonces se posibilita el acceso a la salud, pero todo eso es como posibilidades que tenía a esos mecanismos para poder utilizarlos. Gracias. Quería sólo también decir que hay una un estándar muy importante que es que forzar el embarazo de una niña menor de 15 años por la denegación de acceso a la salud es una forma de tortura y malos tratos inhumanos y degradante. Eso ha determinado varios comités y también relatores de Naciones Unidas. Gracias.

### **Diego Marquez:**

Buenos días, muchísimas gracias me presento, mi nombre es Diego Márquez pertenezco a Fundación Cemoplaf de aquí de Ecuador, específicamente del centro número 6 de la Ciudad de Esmeraldas. Bueno antes quería compartir un poco acerca del trabajo que nosotros estamos realizando acá, contamos con 23 centros a nivel nacional en los cuales en cada uno de ellos existe un programa al cual yo pertenezco y coordiné. Es el programa Cemoplaf adolescentes, en el cual nosotros capacitamos a un grupo de jóvenes voluntarios que se forman en nuestro centro como promotores en salud sexual y reproductiva. Esto les permite a los chicos compartir información con sus pares, brindarles información científica que ellos adquieren aquí en nuestro centro y también facilitar el uso de métodos anticonceptivos a costos más bajos, costos

diferenciados para ellos. En sí me pregunta va más bien en si nos pudieran comentar qué estrategias se están llevando a cabo en México o en Brasil para brindar el libre acceso a métodos anticonceptivos y programas educativos que puedan romper esta brecha y falta de acceso y negación de los derechos a las y los adolescentes.

**Silvia Loggia:**

Gracias, muy buenos días a todas y a todos y felicidades a las ponentes. Mencionar particularmente aquí en Jalisco en México hace unos días acaba de suceder un hecho que fue mediático que fue la violación de una adolescente en el entorno escolar y la omisión de la escuela. Las autoridades no hicieron absolutamente nada entonces, sé que aquí estamos tocando el papel fundamental y el lugar que juegan los servicios amigables particularmente, pero qué pasa en estas situaciones donde realmente hay otras instancias involucradas que están omitiendo las leyes, el que no las conozcan no quiere decir que no tengan responsabilidad. Entonces sí es una preocupación porque no es un caso aislado, sucede en Jalisco y sucede en muchas entidades federativas del país, pero sí me preocupa esta parte que a veces se deja fuera, pero que sí se dan en estos entornos. Entonces cómo hacemos para realmente articular una respuesta que pueda fortalecer la atención desde adentro de las escuelas y no solamente una cuestión disciplinaria, ¿dónde está el papel centrado en la víctima y que se está haciendo en esa parte? Porque me queda claro que requerimos más trabajo interinstitucional. Y el segundo punto es cómo hacemos o, más bien, ¿realmente se está haciendo una rectoría en términos de supervisión en las entidades federativas y la rectoría que es del nivel central al nivel estatal? y otra es ¿qué tanto exigimos una rectoría de nivel estatal hacia las unidades? Entonces creo que también el tema de capacitación no se dejan los presupuestos que es algo que realmente requerimos para que realmente pueda pasar lo que las ponentes abordaron, sobre todo en términos de dar una orientación y consejería adecuada y en términos del respeto a los derechos humanos de las y los adolescentes y, particularmente, derechos reproductivos que tanto presupuesto realmente se deja para la capacitación y una capacitación que realmente desarrolla habilidades en atención. Lo dejo ahí. Muchas gracias.

**Susana Collado:**

Buen día, espero que la conexión no sea tan espeluznante como anteriormente. Preguntaban en el chat sobre el marco legal en México, cada entidad federativa tiene un marco local, pero desde el punto de vista federal se cuenta con la norma oficial mexicana 046 que ya se ha comentado en muchas ocasiones es desconocida por parte de prestadores de servicio. También se tiene la norma 047 que es específica para población adolescente y lo que quiero resaltar de esta norma oficial mexicana 047 es que ahí está muy claro que los embarazos en adolescentes menores de 15 años obligan que hagamos una búsqueda intencionada para descartar que el embarazo sea producto de violencia sexual y que embarazos en mujeres adolescentes son considerados o deben ser considerados de alto riesgo. ¿Qué otro marco legal tenemos para proteger a las niñas y adolescentes de embarazos forzados? Bueno también está la ley general de víctimas. ¿Existe un divorcio entre la normativa, entre este marco jurídico y su aplicación en los servicios de salud o en las instituciones educativas? Definitivamente creo que sí, es en lo que se está trabajando desde hace ya mucho tiempo. Recientemente se publicó el lineamiento

técnico para la atención del aborto seguro en México, en donde se dan pautas de atención también incluyendo población adolescente. Entonces, me parece que la necesidad de aterrizar, de bajar estos documentos normativos al personal operativo tanto en instituciones de salud como en instituciones educativas requiere de un trabajo transversal y al mismo tiempo vertical para que esta información llegue a todas las personas que atendemos, población adolescente, y, de esta manera, podamos materializar lo que en las diapositivas se ve tan agradable, como es sentar una consejería, que el adolescente pueda asistir a la consulta sin el acompañamiento de padres y tutores. La norma mexicana 047 así lo establece que, gracias a esta autonomía progresiva y siempre bajo el interés superior de la infancia, la población adolescente tiene legítimo derecho a solicitar tener la consulta, la asesoría sobre métodos anticonceptivos, sobre prevención de embarazo, sobre infecciones de transmisión sexual sin la necesidad del acompañamiento de padres y tutores. Y existen estrategias para lograr que el adolescente pueda pasar por lo menos para el interrogatorio sola a la consulta. Cuando hablamos de “sola” nos referimos a que pueda asistir sin la figura del adulto o la adulta que en un momento dado puede ser persona generadora de violencia y eso lo sabemos. Esas estrategias de comunicación, estas estrategias deben implementarse siempre haciendo una buena relación personal de salud-usuaria para ganarnos la confianza tanto del adulto que acompaña a la adolescente como de la adolescente para que ella pueda manifestar abiertamente cualquier inquietud que tenga. El marco legal que tenemos en México nos permite, nos protege y nos obliga como personal de salud para poder brindar esta atención dirigida y específica para adolescentes. Preguntaban también sobre si se otorga anticoncepción posaborto a las adolescentes que enfrentan, ya sea una interrupción voluntaria del embarazo, por un embarazo producto de violación, o una interrupción legal de embarazo por la sola decisión de la adolescente mayor a 12 años. Sí, si se debe otorgar anticoncepción para adolescentes, ya espero con ansías la sesión donde veremos anticoncepción, se agradece siempre la anticoncepción para adolescentes, pero de antemano creo que nos tiene que quedar muy claro en el radar que, tanto la consejería como la atención del aborto seguro y de la anticoncepción pos evento obstétrico tiene un marco regulatorio en México que nos permite y nos obliga de manera protegida a brindar estas atenciones y que las adolescentes que tuvieron que enfrentar embarazos no deseados no planeados puedan ejercer la autonomía reproductiva que está enmarcada dentro de los derechos humanos de ellas de forma segura, sin riesgos para su salud bajo la premisa de que siempre será más peligroso llevar un embarazo a término o estar en peligro de embarazo que utilizar un método anticonceptivo seguro. Es lo único que quería yo abonar a los comentarios, muchas gracias.

### **María Martínez:**

Nada más un comentario en el tenor de lo justo que hacemos en las entidades federativas de México y bueno. Yo me encuentro en el estado de Veracruz-México y bueno lo que hemos hecho durante varios años desde la Fundación Mexicana de la Planeación Familiar MEXFAM AC, hemos coadyuvado con la Secretaría de Salud justo en este tenor de la aplicación de la norma 046 en el tema de violencia sexual desde niñas menores de 15 años. Hemos apoyado en la elaboración e implementación de un protocolo de atención médica de la violencia sexual respetando los estándares establecidos en la en la materia en coordinación con los servicios de salud y otras instancias de la administración pública estatal. En este caso también coadyuvamos

con la Secretaría de Educación para que, a la vez, el equipo disciplinario se forme de esta manera y se pueda acceder también a la justicia en el tema de violencia sexual. A parte hemos coadyuvado también con la Secretaría de Salud elaborando un programa estatal de aborto seguro que garantice la coordinación institucional efectiva con el acceso sin dilación a partir de una interpretación desde una perspectiva integral de salud y de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos en la materia, esto como un referente a nivel nacional. Y en este caso, en el caso del programa para la interrupción legal del embarazo o el aborto seguro, más bien, estamos en espera de la publicación del mismo alineado justo a los lineamientos de nivel federal. Muchas gracias.

### **Susana Arminchiardi:**

Buenos días, bueno era un comentario. Muchas gracias porque es un espacio que nos permite seguir reflexionando sobre este tema. Yo soy una admiradora de la modalidad de consejería, me encantó Johana la presentación que hiciste. Y quería compartir con ustedes que una estrategia que nos dimos con el equipo en un hospital de mediana complejidad cuando instalamos la consejería fue salir a la sala de espera y presentarnos. Presentarnos, decir nuestros nombres, qué profesión teníamos, como trabajábamos, que la consejería es de libre demanda, entregamos un volante y eso también era como una especie de cambio para que muchas veces las adolescentes pudieran entrar sola porque los adultos que acompañaban generalmente se tranquilizaban, sea madre, pareja, abuela, amiga y demás. Y bueno, era una herramienta que utilizamos y que nos dio muchísimo resultado. También que la población se pueda llevar una pieza comunicacional para poder compartirla en su casa, en su barrio, en la escuela es importantísimo porque también eso ayuda a multiplicar la comunicación y genera más posibilidades de que puedan acceder a los espacios de la consejería. Eso quería comentar. Muchas gracias.

### **Bía Galli:**

Yo quería contestar la primera pregunta porque creo que es una pregunta comentario, qué opinión tenemos respecto donde el aborto de un embarazo no deseado es permitido en algunos países. La verdad es que ese tipo de aborto, el aborto en general en la mayoría de los países es permitidos en algunas situaciones. Lo que es muy raro es lo que pasa en nuestra región que tenemos países donde la práctica del aborto es totalmente criminalizada. Entonces estamos con mucho retraso en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos porque, de hecho, el aborto por violación es un tipo de aborto por la causa de salud, es un aborto que es permitido en la mayoría de los países. Entonces también quería agregar qué, de la pregunta que me hizo el compañero de Ecuador, que desde Brasil está hoy muy difícil garantizar el acceso al aborto por cuestiones de retrocesos políticos en este tema. Pero hemos conformado un forum interprofesional de profesionales de salud que trabajan en los servicios de atención a víctimas de violencia que con esto se ha fortalecido muchísimo y se ha posibilitado la interrupción legal del embarazo para niñas, cómo fue por ejemplo el caso que oímos hoy en el podcast es posible porque hay una red de profesionales que son muy comprometidos y que se apoya. Entonces, caso a caso hemos logrado que las niñas puedan acceder, pero está muy difícil, hay mucha batalla y hay muchos grupos antiderechos e incluso gente en el propio gobierno que intenta

retroceder en los derechos que están en la ley. El último comentario es sobre el caso que nuestra compañera de México de Jalisco nos dijo sobre la niña en la escuela. Hemos trabajado mucho desde CLACAI en el caso de Paola Guzmán que es una niña de Ecuador y que fue a la Corte Interamericana qué trata exactamente de una situación de abuso y violación y falta de acceso a la ILE y la verdad es que estoy muy convencida de que tenemos que trabajar mucho con la educación para la igualdad de género y la educación sexual para poder eliminar todo lo que sean los estereotipos de género que se ejercen en las instituciones de salud, de educación. Para eso las campañas son muy importantes, esa campaña de CLACAI está muy linda y es muy interesante creo que se debería difundir en nuestros países porque el tema del embarazo no deseado de niñas aún es un tema tabú. Muchas gracias.

### **Johana Gonzales:**

Bueno, yo voy con la pregunta de Diego sobre las estrategias que se están implementando alrededor de que los adolescentes puedan tener acceso libre a los métodos anticonceptivos, creo que también depende mucho de la región y el contexto en el que estemos, pero bueno. Aquí en México se está trabajando muy fuerte justamente con capacitación a los servicios públicos de salud para que puedan conocer dentro de la normatividad de lo que respalda los adolescentes como es esta norma que ya mencionó la doctora Collado, que son la 046 y la 047 que atiende al grupo etario 10-17 y puedan acceder de manera libre e informada a los métodos anticonceptivos dentro de los servicios de salud. Sin embargo, esto nos lleva a lo que mencionábamos dentro de la presentación que no todos tienen el acceso o la confianza de acercarse a un sector público y, por otra parte, pues justamente eso ¿no? la falta de educación también por parte de lo que conlleva el sector público en educación. Hay veces que el sector salud ha intentado, sector salud de primer nivel, ha intentado implementar algunas estrategias para hablar en temas de sexualidad en escuelas primarias, en escuelas secundarias justamente para ir avanzando en esto del empoderamiento en la capacidad de evolución en los adolescentes, en que tengan la información de la mano y ellos son los mismos que, de repente, detienen este proceso al no querer hablar, al no permitir a las instituciones públicas, pero es algo de lo que se está trabajando todos los días. Entonces, acá en las instituciones de salud creemos que vamos en avances, a veces no es el avance grande como quisiéramos, pero sí están llegando ya los adolescentes, ya les está llegando la información y están accediendo a los servicios de salud para obtener métodos anticonceptivos. Y por otra parte a Yovani que nos decía en el chat que no veían la importancia que se tiene en el desarrollo económico y social, creo que aparte del desarrollo económico y social no se ve que también en estos temas de gran impacto se reduce la pobreza de manera mundial y la mortalidad materna. Entonces creo que las creencias son ancestrales sobre mitos de métodos anticonceptivos, sobre la sexualidad como tal y es algo que venimos arrastrando. Justamente para eso están estos espacios, para que se creen la invitación que desde casa, desde la familia, desde los hijos, desde la escuela permitamos el acceso a la información para las nuevas generaciones. Muchas gracias.

### **Rodolfo Gomez:**

Muchas gracias, felicitaciones primero a los organizadores, querida Susana, Guillermo, qué bueno verlos. Una pregunta para Bía. Cuántas caras queridas y familiares en esta reunión. Bía,

qué instrumentos internacionales tendríamos para proteger a los profesionales de la salud que, en un caso emblemático, complejo, polarizado, politizado, como el caso de la nena de Tucumán tuvieron un par de colegas ginecólogos la decisión de proteger el derecho de la niña y luego, inmediatamente después, recibieron una demanda por un asesinato culposo por agravado por la asociación y todo este mismo grupo que había obstaculizado el acceso a un derecho. Este mismo grupo penalizó a los profesionales de la salud creando una sensación de vulnerabilidad cuando un profesional asume un compromiso. Entonces, ¿qué elementos internacionales tendríamos para proteger a estos profesionales de la salud que tomaron una decisión valiente y comprometida?

**Bía Galli:**

Hola Rodolfo, qué gusto verte. La verdad es que, primero, hay instrumentos legales en Argentina que se podrían usar por ejemplo para proteger al libre ejercicio profesional de sus proveedores de salud, pero, en último caso, como una instancia subsidiaria a los usos internos se podría presentar una denuncia en la Comisión Interamericana. Se podría también solicitar un llamado de las Naciones Unidas de apoyo a estos profesionales que han intentado salvar la vida de la niña, eso también tiene un peso político en los gobiernos y yo creo que se debería hacer algo porque la verdad es que esos profesionales si se sienten muy amenazados y como tú dices, crea un ambiente de temor y deseo por parte de esos profesionales que va a impedir casos futuros de ser atendidos y de otras niñas de poder acceder a la ILE. Entonces yo creo que sí es muy importante tomar providencias en este caso para que se quede muy claro que esos profesionales de salud estaban salvando a la niña y protegiendo sus derechos.

**Jhony Juarez:**

Muchas gracias, muchas gracias de verdad. Primero felicitar a las ponentes y segundo un comentario. En el manejo del embarazo no deseado en adolescentes y en general en las mujeres yo distingo dos componentes. Uno primero que es el componente clínico, si ustedes quieren llamarlo de alguna manera, o técnico que puede ser el manejo de la mujer, sea con aspiración, sea con medicamentos, etc. Pero hay otro componente que es un componente que, para mí, en lo personal, resulta mucho más importante que el componente técnico y me refiero al componente subjetivo. Me refiero a los temores de la mujer, me refiero al cómo ella se está sintiendo frente a esta situación y a mí siempre me ha preocupado porque los profesionales médicos, sobre todo, pareciera como que este elemento no es importante. pareciera que lo más importante es resolver el problema. “Ya, le hacemos saturación, le damos medicamento, ya está, se resolvió”. No amigas, no amigos, eso no resuelve lo más importante del problema que es la subjetividad de la paciente. Eso para mí es un elemento fundamental y por eso el día de ayer en la presentación de ayer yo les decía, hay la necesidad de capacitar personal de enfermería u obstetras que manejen bien este tema. En experiencia nuestra aquí en Perú la orientación manejada por obstetras nos dio muy pero muy buenos resultados y creo que en este caso específico debe tener mucho más peso. Muchas gracias.

**Susana Chavez:**

Muchas gracias, de verdad también me voy bastante contenta con los resultados. Sólo quería señalar que una de los avances que hemos tenido los últimos años es esta comprensión mucho más amplia de la salud sexual y reproductiva y hay dos nuevos elementos que se han incorporado a esta perspectiva integral y donde definitivamente la atención del aborto no está fuera. Uno es el tema de sexualidad y el otro es el tema de violencia. Entonces y justamente esta visión es lo que nos hace también acercarnos a la problemática que enfrentan las niñas menores de 15 años donde efectivamente este ha sido un problema silenciado. Yo aprovecho que estaba acá el doctor Gómez, en el sentido de que ellos también han estado trabajando justamente desde CLAP todo el tema del embarazo en menores de 15 años y es justamente esta idea de sumar y generar una corriente de opinión que nos haga ver cómo mucho más esperable que ninguna niña que llegue a un establecimiento de esta edad, justamente, tenga que enfrentar un embarazo forzado, si no darle esa oportunidad que queremos. El avance que yo estaba hablando es justamente esta nueva definición de la salud sexual y reproductiva en el marco de acuerdo justamente de la OMS que creo que es la que debería ser la que se incorpore en estos nuevos avances. Si no incorporamos estas dos áreas creo que mantenemos muy de lejos el concepto de salud sexual reproductiva como un elemento clave del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Gracias Guillermo por esta excelente sesión y más bien nos vemos el día martes efectivamente con el tema de anticoncepción.

## **RESUMEN JORNADA 20 DE JULIO**

### **PONENCIA - PATRICIA GÓMEZ**

#### **ANTICONCEPCION EN MENORES DE 15 AÑOS DESDE LA PERSPECTIVA CLINICA**

Buenos días a todos, creo que antes de empezar quiero hacer mi aclaración. No soy una experta en anticoncepción, pero hasta hace cuatro años yo era netamente clínica, hacía uso del enfoque de derechos pero sin una base científica y conocimiento. Realmente cuando uno empieza a entrar a este campo se da cuenta que somos violadores de derechos humanos. Cuando nos forman nuestras escuelas no nos dan un currículo adecuado con enfoque de derechos y mucho menos, si nosotros no conocemos los derechos cómo vamos a ser garantes de que nuestras niñas, adolescentes y mujeres puedan tener acceso a una adecuada atención.

Haciendo esta aclaración, siempre me gusta iniciar mi presentación con esta imagen. No todos vamos a ver lo mismo, algunos podrán observar el cuerpo de una mujer donde se ve su ombligo y sus caderas, pero otros podrán observar los tres cuerpos con sus brazos extendidos. En cuestión de salud, de política y de deporte, nunca nos vamos a poner de acuerdo. Pero cuando se trata de las realidades de niñas menores de quince años, y no digamos en general adolescentes, pero cuando se trata de este grupo etario es importante que olvidemos nuestros propios valores y como clínicos seamos empáticos y nos pongamos en el lugar de esta niña menor de quince años. Si lo dividimos en dos grupos, sabemos que las menores de trece, como el doctor Ortiz lo planteó muy bien en la primera charla, no pueden tener conciencia de lo que implica iniciar la vida sexual. Todos sabemos que, en menores de quince años, en todos los países, es abuso sexual, es producto de violencia sexual.

No les voy a dar una charla magistral sobre anticoncepción. Durante toda la pandemia he estado escuchando a tantos maestros hablar tanto de anticoncepción... Creo que los clínicos somos muy especialistas en saber mecanismos de acción, concentraciones, pensar cuál es el mejor método para cada usuaria, pero tenemos que reflexionar. Tenemos que saber que las adolescentes, por su decisión, desean contraceptivos; pero rara vez una chica menor de trece años va a llegar a pedir anticoncepción. Las de trece en adelante, si han tenido un enfoque de derechos, pueden acercarse a buscar ayuda, pero rara vez lo van a hacer. Menores de quince años... qué hacer, cómo abordarlas desde lo clínico. Si ustedes vieron este video que me antecedió, es claro, tenemos que ser empáticos. Intentar ponernos en el lugar de estas niñas porque las menores de trece raras veces van a pedir anticoncepción. Van a llegar con el problema de un embarazo no planeado, un embarazo que fue impuesto producto de una violación. Las agresiones, enfocarse mucho en contracepción de emergencia. ¿Pero cuál es la situación real de nuestros países latinoamericanos? Como sucede, en la mayoría, el embarazo se descubre muy tardío. Cuando realmente muy poco se puede hacer. Lógico, todos sabemos la dosis de anticoncepción de emergencia, pero si ni siquiera sospechamos que esta niña está siendo abusada, mucho menos podemos sospechar que se embarazó. La necesidad de la educación sexual desde la infancia. Esto es algo tan importante porque nos podría evidenciar cuando estas niñas están siendo violentadas. Pero realmente nuestros países tienen realidades muy diferentes y eso hace que sea tan difícil poder aplicar la educación sexual integral desde la infancia. Algomuy importante, el papel que juegan los estados y las organizaciones que velan por la niñez y la adolescencia.

Cuando hablamos de anticoncepción, todos los clínicos sabemos que hay criterios de elegibilidad. Son documentos que han sido el resultado de la colaboración de departamentos de salud pública e investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y así se ha llegado a ir elaborando recomendaciones que van cambiando. La primera edición fue elaborada en 1996 y la última que tenemos es la del 2015.

Esta organización formó criterios de elegibilidad. Según la OMS, en la categoría 1 se puede usar cualquier método; en la categoría 2, generalmente se puede usar el método; en la categoría 2, generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables; y en la categoría 4, no se puede usar. Categoría 1 y 2 es representado, como en un semáforo, por el color verde; en la amarilla, tenemos dejarla en aquellos casos que no tenemos una opción más que ese método, aunque sea riesgoso; y la categoría 4, pues no se recomienda su uso. Lastimosamente los clínicos muy poca importancia le damos a lo que es la salud pública. Muchas veces nos quedamos enfatizados en que somos ágiles, somos buenos para operar porque tenemos conocimiento. Pero sin la salud pública no nos vamos a dar cuenta de que los porcentajes son importantes para que nuestros países puedan crear pautas para poder hacer salud preventiva y no la salud curativa que es la que normalmente se está haciendo.

Este es un resumen de los criterios de elegibilidad. En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción, y pueden tener un acceso a la variedad de

métodos anticonceptivos. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes. Aunque se han expresado unas preocupaciones con el uso de ciertos métodos porque sabemos que las niñas, muchas veces, a los diez, once años, todavía su desarrollo no se ha completado. Y le tenemos más miedo a que su hueso no se calcifique al daño que le puede dar un embarazo, motivo por el cual esto está descrito en la página 13 de los criterios de elegibilidad de la OPS. Esta es la base para decir que no podemos negarle ningún método anticonceptivo a cualquier niña ni adolescente. Lastimosamente, las estadísticas son crueles y muchas veces los médicos nos hacemos jueces. “Y por qué quieres planificar”. Y queremos juzgarlas. Pero, realmente, si nos están pidiendo la anticoncepción, no podemos negarlas porque va a ser más dañino un embarazo que lo que le puede hacer un método anticonceptivo.

La Federación Centroamericana de Ginecología y Obstetricia (FECASOG) ahorita está en revisión de unas normas de guía práctica para adolescentes. Ahora está con fecha de junio de 2021, todavía no están publicadas y no se han hecho públicas, pero realmente son muy completas. Hablan de todos los métodos, de todas las formas anticonceptivas, pero cuando a mí me piden hablar de anticoncepción y adolescencia, siempre me hago una pregunta: ¿estarán los médicos dispuestos a brindar la anticoncepción? ¿Estarán dispuestos anteponer sus valores? Porque eso es lo que sucede en nuestros países, tristemente. Los médicos nos hacemos los jueces y creemos -medicina verticalista- que nosotros sabemos lo que las usuarias necesitan. Ese es el gran error que está sucediendo en nuestros países latinoamericanos y centroamericanos. Sabemos que hay países muy ricos y que tienen diversidad de métodos, pero dentro de ellos mismos también tienen limitantes porque no todas pueden tener acceso a los métodos.

En realidad, podríamos hablar de tantas clasificaciones, pero creo que la más importante es la anticoncepción de emergencia. Veo que, en muchos países, tienen tan activado los protocolos de emergencia y las niñas y adolescentes están asistiendo prontamente a la atención cuando ha habido un caso de violencia. Pero ¿qué sucede? Con la idiosincrasia de nuestros países y, tristemente en El Salvador, podemos decir que rara vez podemos detectar un abuso en los primeros cinco días. Y es lo que la anticoncepción de emergencia ofrece. Sabemos que con un T de cobre estaríamos previniendo un embarazo inicial y podríamos tener una anticoncepción ya de larga duración. En el caso de que la usuaria no lo aceptara, tenemos otras formas, el método de YUSPE, la pastilla del día después... A mí me da tristeza leer en las redes “si hay tantos métodos, cómo no conoces la pastilla del día después”, pero cuando tú te identificas con las usuarias, te das cuenta. En mi país, la forma más barata de conseguirla está entre cinco y seis dólares, cómo podemos pensar que una niña de nueve, diez, once, doce años, va a tener ese dinero para poder comprarla. Si es que está en una relación consensuada. Pero ¿si ha sido producto de abuso? El mismo temor no le permite acudir a su familia porque ha sido coaccionada. Los métodos de anticoncepción los podemos usar hasta los primeros cinco días, pero ¿si ellas no consultan? Los protocolos están creados, pero ¿si las usuarias no llegan a tiempo? Estamos muy lejos de poder ayudarlas. Sabemos que existen métodos de larga duración como la T de cobre, el DIU liberador de progestágeno. En mi país, tristemente, un DIU liberador de progestágeno solo lo tenemos en el servicio privado y anda alrededor de los

215 dólares. Los implantes son métodos muy importantes que pueden durar tres a cinco años, que pueden tener efectos secundarios pero que a veces son mejores para prevenir que estas chicas se embaracen. Los métodos de corta duración sabemos que son muy buenos cuando las usuarias tienen acceso a información y deciden tenerlo. Hoy tenemos tantas apps que les pueden ayudar para los recordatorios, pero ¿realmente lograremos dar una continuidad con la información que brindamos? Eso es parte de lo que necesitamos. Conectarnos y hacer empatía. Les podría hablar de la infinidad de métodos, pero ¿estarán nuestras colegas dispuestas a ofrecerlos a estas niñas? Ese es el principal obstáculo. No están muy pequeñas para planificar. En mi país empezamos a tener muchas unidades de salud con servicios amigables, pero aún falta mucho por hacer. Falta que los adolescentes asistan y puedan tener la información que necesitan.

Nosotros quisiéramos que todas optaran por un método de larga duración porque son los más efectivos. Pero muchas veces, los temores, los tabúes, no los rompemos fácilmente. Para poder romperlos tenemos que trabajar duro y formarnos con enfoque de derechos para poder respetar la decisión de nuestras usuarias y no enojarnos simplemente porque no aceptan la información que nosotros le estamos brindando.

Más reflexiones. Hace dos años tuve la dicha de participar como oyente y escuchar historias similares sobre mi país. Algunos países han avanzado: Colombia, Chile, México y Argentina han logrado la interrupción voluntaria del embarazo. Pero hay diversas realidades. Tenemos lugares como estos países en los que tienen interrupción legal, pero otros como el nuestro, en el que hay una penalización absoluta del aborto y que nos hace tan difícil nuestro trabajo. No es fácil trabajar en países como el nuestro en el cual las víctimas son criminalizadas y siguen siendo victimizadas, obligándolas a tener un embarazo no planeado. Si les lográramos preguntar si quisieran seguir con el embarazo (porque no lo hacemos, porque si preguntamos es como si le estuviéramos dando opciones cuando en nuestro país esa opción no existe). Hay otros países ricos con opciones anticonceptivas. Nuestro país tiene tantas limitantes, nosotros a duras penas contamos con anticonceptivos, inyección de mes, inyección trimestral y bimensual, y en el peor de los casos, los anticonceptivos existen y se nos vencen porque nuestros colegas le tienen miedo a una inserción, “si no anda con regla no se lo ponemos” ... La realidad es que la ventana de oportunidad la perdemos. Un maestro latinoamericano decía: “Si puedes iniciar un método, inícialo. Tal vez sea la única oportunidad en que le puedas ayudar y prevenir un embarazo”. Sabemos que, en mi país, en la ciudad una chica puede acceder a un aborto, pero la gente de la zona rural no tiene acceso a educación, ni información y mucho menos a una interrupción. Sabemos que en nuestros países tiene población indígena que piensa que las mujeres deben embarazarse jóvenes. Igual por religión. En mi país, el mercado negro se ha apoderado del misopostrol y se vende por cantidades carísimas, no dan las dosis adecuadas y no les explican que tienen que tomarse cuatro pastillas cada tres horas. ¿Y qué sucede? Se introducen las pastillas dentro de la vagina. Y si tienen una hemorragia y tienen que acudir a un hospital, van a ser criminalizadas. Entonces, cuando a mí me piden hablar de anticoncepción, las limitantes de mi país me hacen no hablar de anticonceptivos porque en realidad estamos limitados tanto en acceso como en autonomía de nuestras usuarias. La necesidad de anticoncepción en menos de quince habría que separarlas. Hay muy poca información, pero esta es la realidad que vivimos. Creo que en

nuestro país hemos retrocedido en el enfoque de derechos. Las organizaciones que aportaban con anticonceptivos, hoy están siendo limitadas. El ministerio no tiene anticonceptivos y no quiere aceptar donaciones. No es fácil vivir sabiendo que nuestras niñas y adolescentes y nuestras mujeres en general no pueden tener acceso a esas opciones.

Una niña no elige embarazo a los diez años, ni menos a los ocho, doce, trece años. En mi país he escuchado casos en los que las adolescentes arriba de quince se quieren embarazar para salir de la pobreza en sus casas, para migrar, un embarazo de un hermano lejano y que se la pueda llevar para salir de la situación que viven en nuestros países. La educación sexual integral la ofrecen en bachilleratos, cuando realmente la educación promedio a la que se llega es hasta mediados de la primaria.

Llego a estas conclusiones.

- La anticoncepción es necesaria ofrecer desde una adecuada asesoría. Todos los que estamos en el evento sabemos que la adecuada asesoría va a hacer que las usuarias se empoderen y tomen decisiones, aunque sean niñas porque con información van a tener fortaleza. En mi país estamos emergiendo con pequeñas clínicas que tienen servicios amigables para adolescentes, pero todavía no llegamos a un 20%. Y somos un país pequeño, con una población de seis millones, pero nos es difícil porque todavía seguimos anteponiendo nuestros valores y no lo que las niñas, adolescentes y mujeres necesitan. Tenemos que trabajar con el personal de salud para prevenir la normalización de la violencia en menores de quince.
- La anticoncepción post aborto es el principio básico para evitar un nuevo embarazo.
- Promover los LARS en las adolescentes y ante todo la doble protección porque sabemos que la anticoncepción las va a prevenir de embarazo, pero no de enfermedades de transmisión sexual.
- La atención integral de este grupo etario puede prevenir el círculo de la pobreza porque sabemos que las que principalmente se embarazan son las pobres. Y si son pobres, no van a salir de ese círculo.
- Es difícil hacer normas y seguir patrones ya que hay que individualizar a cada usuaria. Tendríamos que trabajar con un equipo transdisciplinario, y que el profesional logre cubrir la realidad propia de la usuaria y el entorno al que regresará.
- Olvidar de promover la medicina vertical y querer imponer sus valores.
- Los servicios amigables son necesarios para dar continuidad a la salud reproductiva de nuestras niñas
- En menores de quince años no hay datos y es importantísimo empezar a recopilarlos.

## **PONENCIA - FERNANDA DÍAZ DE LEÓN**

### **Anticoncepción en adolescentes menores de 15**

Para hablar de métodos anticonceptivos en menores de quince años, en un contexto de violencia, que es el contexto que se ha abordado a lo largo de estas charlas sobre el embarazo impuesto, no se puede hacer desde otro lugar que no sea el de los derechos humanos y en

particular el de los derechos sexuales y reproductivas. Que implica no solo el derecho a la salud sino también el derecho a la vida, a una vida libre de violencia, el derecho que tienen las personas menores al acceso de la educación, con énfasis en la sexualidad, a la igualdad, la no discriminación. Todos estos derechos humanos que las personas menores de edad, los niños, niñas y adolescentes tienen derechos. Y deberían tener un acceso claro, sin barreras, sin prejuicios y sin discriminación.

Cuando hablamos de la región, me es muy familiar el contexto al que hace referencia la doctora Gómez cuando habla de los embarazos en menores. Nosotras en México hicimos una investigación sobre cuáles eran los factores que determinaban los embarazos en menores de quince años y lo que encontramos es lo que encontramos en cualquier otro país de la región. Las agresiones suceden principalmente dentro del hogar o del ámbito familiar y esto genera una tendencia a proteger al agresor a costa de que la menor acceda a servicios de información, a la denuncia, a la justicia. Y también vemos todo el prejuicio que hay alrededor del embarazo en menores de quince. Por supuesto tenemos notas que dan cuenta de niñas violadas por el padrastro o por alguien muy cercano al seno familiar, como esta nota en Argentina, donde la familia obliga a la niña a tener al bebé y el padrastro ha sido detenido. También tenemos notas como la niña de nueve años que da a luz en Jalisco, y que la policía busca a su novio. Toda la nota que habla alrededor de la pareja y del novio que tiene diecisiete años, sin hacer ninguna referencia o sin cuestionar cómo una niña de nueve años puede estar embarazada, de que el responsable es una persona de diecisiete años, de la disparidad del poder, del acceso a la información al que tiene la niña. Y así se va fortaleciendo los estigmas alrededor de los embarazos de estas niñas. Después tenemos una nota sobre el estado de México, que es bastante reciente, en donde una niña de doce años y su pareja de quince años vivían juntos, da a luz, y los comentarios a la nota solo se refieren a la sexualidad de la menor, a que “cada día estamos peor como sociedad”, “cada vez más chicas, las adolescentes, tienen relaciones sexuales” ... Sin hacer un análisis profundo o sin ponerse a reflexionar qué es lo que orilla a una niña de doce años a salir de su casa, de su ambiente familiar, de su entorno más seguro, para irse a vivir con una persona de quince años, a un lugar que apenas tiene un techo y un piso de tierra. Qué es lo que están llevando estas niñas al salir de sus hogares. También el caso de una menor que a los 12 años ni siquiera sabía que estaba embarazada. Encontramos a menores que tienen tan poco conocimiento y educación y certeza de los procesos biológicos, de su salud y de qué esperar durante su desarrollo, que a los doce años ni siquiera saben que están embarazadas porque no tienen acceso a la información. No han recibido información adecuada sobre qué esperar de su propia sexualidad.

Y no solo tenemos casos de niñas embarazadas en países pobres, también encontramos notas de niñas de once años que dan a luz sin que la familia supiera que esta embarazada, y en esta nota, en Gran Bretaña, se da cuenta que en el 2014 nació un bebé de una madre de doce y un padre de trece años. Entonces tenemos una diversidad de situaciones en los que las niñas menores de quince años se están embarazando, sea por violencia, que algunos claros es demasiado claro y evidente, aunque los servicios de salud no se den cuenta y se replique la violencia institucional y se obligue a estas niñas a parir. Pero tenemos casos en los que las niñas empiezan a ejercer su sexualidad a edad muy temprana, muchas veces determinadas por parejas jóvenes, aunque también menores de edad, y niñas que salen de sus hogares buscando

otras circunstancias de vida. Pero también hay muchos países y comunidades en nuestros países en los que las menores son entregadas, son vendidas, son intercambiadas para ser enviadas a vivir con una persona mayor de edad. Y eso se normaliza, y esos casos no entran en estas ideas de violencia que son demasiado evidentes al análisis de los derechos humanos.

Cuando tenemos a una niña de menos de quince años embarazada, normalmente tenemos un servicio de salud o profesionales que cuestionan, critican, estigmatizan a estas niñas sin hacer un examen a fondo sobre las circunstancias que llevaron a estas niñas a estar embarazadas. Yo quisiera en nuestra mente situarnos en dos supuestos en los que una niña o una adolescente, solicita métodos anticonceptivos en un servicio de salud. El primer supuesto, que sería el ideal, es por una decisión propia de ejercer libremente su sexualidad. En este caso los derechos humanos que están involucrados y que el personal de salud debe respetar es su autonomía sexual, esta capacidad que tiene la niña o adolescente para decidir cuándo y con quién iniciar su vida sexual, la libertad sexual, la integridad y hacer este ejercicio de la sexualidad en un ambiente de salud, libre de enfermedades. Pero también tenemos otro supuesto -que además nos llevaría a un tercer supuesto- que la menor que acude a estos servicios es una menor que está siendo víctima de violencia sexual. Y les pediría que no imagináramos la violencia sexual solamente como en el imaginario suele suceder, de una menor siendo violentada físicamente, amarrada, obligada a sostener relaciones sexuales. Pensemos en estas menores que son vendidas o intercambiadas por su familia o estas menores que están teniendo una relación con una persona mayor de edad y cuyo consentimiento pudiera perder algún vicio. Cuando nosotros tenemos una adolescente o una menor de quince años, que acude a los servicios a pedir información sobre métodos anticonceptivos, como servidores públicos y como profesionales de la salud, estamos obligados a tomarnos un tiempo e investigar cuáles son las circunstancias que están llevando a esta menor a solicitar servicios de anticoncepción. Y es nuestra obligación y nuestro deber asegurar que la menor se encuentra en el primer supuesto y que implica un ejercicio libre de la sexualidad. Y corroborado ese caso, estamos obligados a facilitar su acceso, a ofrecerle una amplia gama de métodos anticonceptivos. Pero si nosotros tenemos la menor duda de que esta menor está inclinándose hacia el segundo supuesto, estamos obligados a garantizar tres cosas. Primero, el derecho de esas menores a ser escuchadas y también a creer en las circunstancias que nos están compartiendo y a escuchar más allá de las palabras y entender el lenguaje no verbal de estas menores. Las decisiones que tomemos tienen que atender al Principio de Interés Superior de las menores, esto tiene que ver con tomar decisiones y garantizar medidas y acciones que protejan a la menor o a la adolescente, tomando en consideración también la evolución de sus capacidades, es decir, esta capacidad que se va desarrollando de tomar decisiones. Además, tener en cuenta el contexto de desarrollo de esta menor. No es lo mismo hablar de una menor de catorce años que vive en la sierra o en algún municipio alejado de la capital, en un país como El Salvador, Nicaragua, México, donde suele haber prácticas de los pueblos originarios en los que a la mujer no se les da ningún valor, que hablar de una mujer con esos mismos catorce años, en un contexto completamente urbano, como en la ciudad de México, o en Santiago de Chile, o en Córdoba. Hay que tomar en cuenta cuál es el ambiente en que esa menor se está desarrollando.

Entonces, cuando nosotros tenemos esta apertura y cierto conocimiento básico sobre la edad del consentimiento y nos damos el tiempo de cuestionar un poco más allá de estos estigmas y estereotipos sobre las menores que ejercen su sexualidad, tenemos que tomar en cuenta que todos los códigos penales en la región establecen penas agravadas o delitos diferenciados para el caso de la violación cuando se trata de relaciones sexuales con personas menores de cierta edad. Tenemos algunos códigos que consideran expresamente que, bajo algún límite de edad, puede ser 15, 16, 14, 12 años, se considera que la menor no es capaz de comprender las consecuencias del acto que está consintiendo. Entonces aun cuando haya un consentimiento de esa menor, se considera viciado. En otros códigos penales no se hace referencia al consentimiento, pero se establece una penalidad mayor entendiendo como un delito agravado el daño al bien jurídico tutelado, que en este caso sería la libertad sexual o el normal desarrollo psicosexual de las personas menores de edad. Y existen otros códigos que además de estas dos circunstancias que ya revisamos, establecen la edad del sujeto activo como elemento del tipo penal. Entonces, sancionan una relación con una menor de edad, pero también establecen que en esta relación debe haber una disparidad en la edad que supone un ejercicio del poder diferenciado entre las partes involucradas.

Acá les incluyo, sin pretender un estudio exhaustivo de las edades ni del derecho comparado sobre cuándo se considera que una menor es apta por el código penal para dar su consentimiento, pero vemos que en general se establecen los 14, 15, 12 años como la edad que se reconoce para poder consentir relaciones sexuales. Esto nos lleva a pensar en algunas recomendaciones.

Frente a los DD.HH. es el estado quien tiene la obligación de proteger, promover, garantizar y respetar los derechos de niñas, niños y adolescentes. Como estamos hablando de menores de quince años embarazadas, estas obligaciones implican acciones específicas que tienen que ver con el sector salud y el sector justicia. Implica la detección oportuna de signos de violencia que no necesariamente tienen que ser huellas físicas o muy evidentes de estar siendo víctima de violencia. Obliga al diseño de programas de referencia y atención a la violencia. Educación integral de la sexualidad, garantizar que todas las personas menores edad, desde muy temprano, reciban una educación integral de la sexualidad que les empodere y les permita identificar los procesos biológicos de sus cuerpos y que les proteja de abusos sexuales. Un respeto irrestricto a las decisiones informadas de las niñas, niños y adolescentes, y esto implica acceder a métodos anticonceptivos cuando es un ejercicio libre de la sexualidad, pero también acceder a interrupciones del embarazo cuando es su decisión hacerlo. Esto implica garantizar un medio ambiente para la toma de decisiones que atraviesa desde el cómo damos la información, qué información damos y cómo respetamos y cómo empoderamos a las personas para que tomen este tipo de decisiones, privilegiando siempre el Interés Superior, y tomando en cuenta el desarrollo de sus capacidades, para el diseño de programas y políticas públicas.

## **PONENCIA - SUSANA ARMINCHIARDI**

**Tema:** Ampliando derechos en las infancias, adolescencias y familias.

El tema que puse para abordar hoy es Ampliando derechos en las infancias, adolescencias y familias. En el recorrido que quiero hacer, deseo plantear algunas nociones, algunos conceptos y prácticas que nos permitan complejizar y profundizar nuestras miradas desde una perspectiva social. Hablar de infancias, adolescencias y familias implica asumir un posicionamiento que considere la existencia de un abanico de diversidades y de identidades, que a la vez se complejiza con el entrecruzamiento de mediciones estructurales, sociales, genéricas, culturales, territoriales, políticas. En plural, cuestiona visiones únicas, fijas y homogéneas.

Pensar en infancias y adolescencias es admitir que el futuro no tiene un solo camino, un solo modo de ser mujer, hetero, ciudadano, trabajador, profesional... y podríamos seguir enumerando. Es ampliar y considerar las condiciones de estos rasgos y los múltiples modos de habitarlos. En plural, implica la unidireccionalidad de todo el proceso social y cultural que se presenta como arquitecto de los modos de habitar una cultura.

Cuando recibí la invitación y empecé a pensar en esa actividad me llené de entusiasmo y comencé a recordar y a reflexionar sobre los distintos momentos y situaciones que había transitado. Mi primer trabajo de investigación sobre adolescentes por los 90s, el equipo interdisciplinario que habíamos conformado, las modalidades de atención en el programa de adolescentes, el trabajo de talleres en los territorios, el centro de adolescentes de la municipalidad que estaba conformado por distintos equipos que trabajamos en salud pero que después hacíamos un trabajo en el territorio, las publicaciones que me hicieron repensar e ir cambiando muchas cuestiones, los colegiales que fueron dispositivos que pudimos construir desde los equipos de salud, con la gestión y con organizaciones en la ciudad de Rosario, y una situación que viví -como hoy comentaba- hace quince días una niña adolescente que recorrió 797 kilómetros en ómnibus para poder acceder la atención integral de un aborto seguro, me hace reafirmar todo esto, que la presencia del Estado y el desarrollo de las políticas públicas que resguarden garantías mínimas de protección de derechos humanos y de estándares de calidad de niñas, niños y adolescentes menores de quince años, es el eje fundamental.

Ante la indelegable responsabilidad de los estados de garantizar los derechos de las niñas y adolescentes y ofrecer protección efectiva a las nuevas generaciones, resulta necesario impulsar propuestas y estrategias que permitan brindar atención integral de calidad. Y esto me lo van a escuchar en reiteradas oportunidades porque pienso que por ahí es donde tenemos que ir transitando, sobre todo cuando miramos a esta población de tanta vulnerabilidad social. Cuando digo integral es contrarrestando la fragmentación intra e intersectorial y evitando las miradas estigmatizantes, reduccionistas y patologizantes en que muchas veces nos asentamos. Es importante ahondar esfuerzos con otras instituciones, viendo que vienen trabajando esta temática y teniendo en cuenta los paisajes locales

También es fundamental involucrar a otros actores que a veces se encuentran en determinadas comunidades o regiones que desde su perspectiva pueden ir sumando. Cuando digo otros actores me refiero a tomadores de decisiones, a operadores de diversos ámbitos del sector público, a integrantes de equipos de salud, a la comunidad educativa, a dependencias de desarrollo social, a organismos del sistema de protección de derechos de esta población, a organizaciones de la sociedad civil y a las distintas familias. El cuidado de la atención integral

de esta población requiere de acuerdos interinstitucionales que promuevan este abordaje que tiene que ser integral con enfoque de derechos y que sea producto de una construcción colectiva que estimule qué hay que hacer y cómo debe hacerse con los diversos actores estatales para poder cubrir las demandas y necesidades de esta población a la que nos estamos refiriendo. Se debe sumar otros actores locales del territorio, y esos actores tienen el compromiso de montar distintos instrumentos y herramientas para poder llevar a cabo el trabajo que proponemos.

Podemos estar pensando en mesas de trabajo, en colegiados, en encuentros entre equipos e instituciones, en asesorías, en poder diseñar recursos, hojas de ruta, llevando adelante un trabajo articulado entre diferentes integrantes de las instituciones. Estas estrategias tienen como propósito construir condiciones que permitan cuidar y mejorar la salud de esta población en los distintos ámbitos. A la vez, fortalecer las trayectorias educativas y de vida.

“Anualmente cerca de 3 mil niñas y adolescentes menores de quince años se convierten en madres, situación que requiere una mirada especial no solo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad, sino porque a menor edad mayor es la posibilidad de que el embarazo sea producto de un abuso sexual” (PNSIA, 2017). Deseo detenerme brevemente para mencionar los abusos sexuales como un problema social que plantea desafíos a todas y cada una de las personas que forman parte de cada una de las instituciones, de los programas, de los ministerios, que tienen relación con esta población de niñas y adolescentes. Dada la complejidad que se presenta en esta problemática, son muy necesarias políticas, estrategias, herramientas que deben traducirse en acciones articuladas. No lo podemos hacer desde un solo lugar. Según la competencia de cada institución, la intervención de los abusos sexuales demanda respuestas interdisciplinarias e interinstitucionales. Concebir a la población adolescente como sujetos plenos de derecho y ya no como un objeto de tutela debe movilizar todas nuestras prácticas en un sentido inclusivo, efectivizando la participación de dicha población en el diseño de acciones y en todos los procesos que tengan que ver como protagonistas.

En el marco de sujetos de derecho estamos señalando en tanto personas gozan de todos los derechos que se consideran humanos, que son seres autónomos, que tienen una vida propia que debe ser cuidada y respetada, y que el Estado debe ofrecer las oportunidades y condiciones para que puedan definir sus propios proyectos de vida y que para ello debe proteger y garantizar su acción a los más altos niveles posibles de salud, información y educación. Esto que tantas veces repetimos lo tenemos que pensar y llevar adelante con los integrantes de los equipos, con los programas, y con la niña o la adolescente. Este cambio de paradigma sobre la niña y la adolescente exige una mirada que otorga centralidad a su voluntad, a sus planes, a sus proyectos de vida que se irán formando de acuerdo con cómo van transitando y viviendo progresivamente.

Hay un tema que es central, que es el principio de autonomía progresiva, que es el reconocimiento jurídico de que la infancia y la adolescencia son periodos de la vida de las personas en que se nos consolida de manera progresiva la capacidad de discernimiento. Este principio es una habilidad para comprender la información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y poder tomar decisiones.

Las infancias y las adolescencias son construcciones que se basan en condiciones sociales e históricas de emergencia, en otras palabras, son clases de edad que si bien tienen una base biológica, sobre esta se elaboran diversas representaciones relativamente arbitrarias e históricas.

Quiero hacer foco en algunos actores que son relevantes y que acompañan y guían a esta población: la familia, el área de educación y el área de salud. Si bien hay otros actores que acompañan, yo pongo especial énfasis en estos.

La familia o quienes la rodean tienen un rol importante de acompañamiento y guía. En muchos de los casos, para los que tienen que consolidar estas capacitaciones, solamente hay algunas excepciones de aquellos grupos que son expulsivos. La familia existe, todo el mundo la reconoce. Quiero compartir con ustedes algunas palabras de Elizabeth Jelin, una socióloga e investigadora, que dice que la familia es una institución social anclada en necesidades humanas universales de bases biológicas: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana; que se trata de una organización social que forma una especie de microcosmos de relaciones, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos; que existen en ella tareas e intereses colectivos, pero que también sus miembros tienen intereses propios diferenciados que están enraizados en su ubicación de los procesos de producción y reproducción y en el sistema de relaciones de género vigente. La familia nunca está aislada, sino que es parte de los procesos sociales más amplios y que incluye las dimensiones productivas y reproductivas de las sociedades, los patrones culturales, los sistemas políticos; y como institución social básica, la familia no puede ser ajena a todo lo que sucede dentro de los momentos históricos, políticos y culturales que se van transitando.

Para el próximo actor relevante hice foco en mi país porque la Ley N°26150 que es la ley de Educación Sexual Integral que fue promulgada en el 2006, convirtiéndose en una herramienta que ha tendido a acelerar el debate en torno a la ESI y su implementación en las escuelas porque cubre los distintos niveles inicial, primario y secundario. En cada lugar y cada provincia se fue dando una planificación distinta.

En el área de salud, se proponen lineamientos para facilitar los aspectos asistenciales, la adecuación de escenarios y los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad, integral, humanizada y respetuosa. Los derechos de esta población, conformada por niñas, niños y adolescentes, y la atención de estas en el sistema de salud, considero que requieren de un abordaje diferenciado y específico, atento a sus particularidades y a sus necesidades.

Yo me pregunto: ¿quién llega al sistema de salud? Ahora vamos a poner la mirada en las niñas y adolescentes embarazadas, abusadas, que reciben violencia sexual o quienes iniciaron sus relaciones o están por iniciar sus relaciones. En general, nosotros vemos que son muy pocas las que llegan por un control de su salud integral. Es muy conveniente, en el ámbito de la salud, poder conformar una red entre el primer nivel de atención y los niveles de referencia para brindar una rápida respuesta, como también para articular con los organismos de protección de derechos, además de trabajar con la familia y la comunidad, que son actores que fortalecen este proceso.

El sistema de salud debe asumir el compromiso de velar por los intereses superiores de esta población, de comprometerse en abandonar el paradigma de la revictimización y debe ofrecer una consejería integral e informada. Esta consejería integral e informada que la sitúe en el centro de las decisiones sobre su cuerpo y sus proyectos. El centro en la consejería es el sujeto que llegue. Hay una serie de condiciones y de pilares con la confidencialidad y privacidad, escucha activa, empatía, integralidad y la transparencia informativa activa. Son herramientas que como trabajadores de la salud no las tenemos que dejar en ningún momento.

La anticoncepción debe enmarcarse en una consejería integral durante todo el proceso de la atención. El modelo de la consejería en salud sexual y reproductiva es un espacio de atención con criterio de clínica ampliada, una atención centrada en las personas reales desde el problema de salud que es parte de su existencia. La atención en salud sexual y reproductiva tiene que tener en cuenta el problema, el contexto y al propio sujeto. Esas son las cuestiones que tienen que estar dentro del abordaje en la consejería.

¿Qué temas abordamos? La consejería integral tiene ciertos recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena, reflexiones en torno a las relaciones de género y a la posibilidad de poder elegir, información y elección del método anticonceptivo más adecuado para cada persona (hago mención a los métodos de larga duración porque además de ser reversibles no necesitan el cuidado intensivo diario de la usuaria, entonces me inclino a estos métodos porque tienen un peso importante), la doble protección, la atención de emergencia, etc.

Me quiero detener en las modalidades de la consejería. La *consejería propiamente dicha* es la consejería que se identifica, que puede ser a libre de banda, puede estar trabajada desde un equipo o de forma individual. Quiero hacer énfasis en la consejería de *la oportunidad en la asistencia*, este tipo de consejería es una que no tenemos que desperdiciarla. La imagen donde está la pareja es la consejería que hacíamos en la sala de internación de la maternidad. La otra es en la sala donde permanecen las madres que tienen durante mucho tiempo a sus hijos en el servicio de neonatología. A lo mejor no está la privacidad, pero está la posibilidad de llegar, acompañar con algún material e invitarlas a acceder a la otra consejería, que es la propiamente dicha. Entonces me parece que en los sectores públicos tenemos muchas posibilidades de acceder a los distintos espacios, en distintos ámbitos, en una sala de pediatría, en servicio de consultorio, en una guardia. Nosotros recogimos mucha población que accedió al cuidado de su salud de forma integral por el camino de la oportunidad en la asistencia. Es para tenerlo muy presente.

Quería hacer una síntesis y remarcar algunas cuestiones.

- Trabajo en red, no podemos trabajar esta temática sola.
- Los materiales comunicacionales sirven para que la población pueda compartir y llevar a su escuela, a su grupo de centro recreativo y pueda compartirlo con su familia. También sirve a quienes integramos los equipos. Por ejemplo: El manual de IPAS tuvo un recorrido muy amplio en Rosario. Solicitamos autorización para ver realmente cómo nosotros lo podíamos trabajar en la ciudad de Rosario y en la provincia de Santa Fe.

Fue como un hecho inédito que trabaje la salud provincial con la salud municipal juntos. Después hicimos una presentación y un trabajo para que los equipos de atención primaria de los hospitales que trabajaban todo lo que tiene que ver con salud reproductiva pudieran acceder.

- Contar con buenos registros es importante porque es la base para fortalecer nuestro trabajo diario.
- Crear y sostener diferentes espacios. No quedarnos en la parte de asistencia sino poder trabajar en acciones de docencia, educación e investigación. Eso va realimentando nuestro trabajo diario, como también la capacitación que puede ser individual o colectiva. A veces la institución nos lleva a trabajar solamente en la atención a la población, pero tenemos que retirarnos, encontrarnos, analizar los registros, ver las situaciones, hacer los seguimientos. Todo eso amerita otro tipo de trabajo de los equipos de salud.

Quería terminar con esta cita de la OMS que me gusta mucho que dice: “La inversión en salud adolescente trae consigo un triple beneficio: para el presente de las y los adolescentes, para sus vidas futuras y para las próximas generaciones. Su salud y bienestar son el motor de cambio en el camino de crear comunidades más saludables y sustentables” (2017).

## **PONENCIA - ROSANA CIFUENTES**

Tema: Anticoncepción en adolescentes menores de 15 años

Como hemos visto, el embarazo es adolescente no solamente se considera como un problema de salud pública, sino que es parte de una violación de los derechos humanos porque, como se ha demostrado en diversos estudios, tiene implicaciones socioeconómicas y para el desarrollo, no solo a nivel personal de quien lo sufre sino también para las familias, comunidades y el país.

Los países deben proponer y respaldar acciones para la prevención en programas de salud sexual y reproductiva. Hay muchas limitaciones en nuestra región -Guatemala no es la excepción- para la formulación de políticas, lineamientos técnicos normativos. En Guatemala tuvimos casi siete años de negociación con el Ministerio de Salud Pública y otras autoridades involucradas porque atribuían que un adolescente no debería tener esta información sino hasta que cumplieran los dieciocho años -que se adquiere la mayoría de edad- y que estuvieran casados. Fue un debate bastante fuerte pero finalmente se logró hace tres años tener una normativa y se cuenta con planes y programas. Existe PLANEA que es el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en donde la *Guía nacional de anticonceptivos para adolescentes* es fundamental. Esto es parte de esa promoción de la salud sexual y reproductiva como un elemento fundamental en el desarrollo social que necesitamos para niñas, niños y adolescentes.

Uno de los propósitos de tener todo este conjunto de leyes en los países es impedir que a los seres humanos se les trate o se les convierta en objetos, sino que precisamente sean sujetos pensantes y capaces de tomar sus propias decisiones.

Guatemala no está exenta de seguir sufriendo uno de los embates del embarazo en adolescentes. Ya el observatorio desde hace más de una década nos viene ilustrando con frecuencia trimestral cómo se va incrementando año tras año la tasa de embarazos no solo en menores de catorce años. En el 2020 cerramos el año con 4814 embarazos en niñas de 10 a 14 años, pero también con un número de 100 023 embarazos de 15 a 19 años. Somos de los países de la región latinoamericana con mayor número de embarazos en adolescentes. Esto ha conllevado la implementación de una serie de lineamientos técnicos normativos para su abordaje. En lo que compete de enero a mayo de 2021, los registros de madres que tienen inscripción de nacimiento en menores de 10 años van en 724. El registro total hasta los 19 años ya supera los 30 000 casos.

Precisamente, en base a tratados o leyes internacionales que se han venido apoyando en el país, hemos podido abordar que los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos universales que deben de estar basados en esa libertad e igualdad, y que para que puedan ser ejercidos por niños niñas y adolescentes, deben darse dos condiciones esenciales. Primero, es el hecho de que consideramos necesaria la implementación de la educación integral en sexualidad dentro de la educación formal. Esto a pesar de que desde el 2001 viene dándose ya en varios artículos de algunas de las principales como la ley de desarrollo social, la ley de acceso universal a la planificación familiar, la ley de maternidad saludable todavía siguesiendo un reto en la implementación. Todavía hay una negación de este derecho a una educación integral en sexualidad plena, basada en evidencia, oportuna, laica, desde el ministerio de educación, que debe ser el ente rector de esta implementación no sólo para el ámbito público, sino que también para el ámbito privado. Y, por otro lado, servicios amigables para adolescentes con personal sensibilizado y capacitado en la atención de adolescentes porque de ahí se desprende -cuando no hay proveedores capacitados- el hecho de la estigma, señalización, penalización y discriminación a adolescentes que en determinado momento necesitan no solo información, sino que acceso a métodos. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable los derechos sexuales y reproductivos, deben estar reconocidos, promovidos, respetados y difundidos por los diferentes sectores de la sociedad.

¿Qué lleva a una menor de quince años a un embarazo no intencionado? Ya UNFPA desde el 2017 viene trabajando en varias investigaciones, tenemos varios concejos y mesas técnicas en donde precisamente estas investigaciones son lo que nos ha llevado a construir muchas de las políticas públicas que son necesarias para que los adolescentes tengan este reconocimiento de derechos y para considerar que el embarazo en la adolescencia no suele ser el resultado de una decisión deliberada, sino que es el resultado de una multiplicidad de factores que afectan las trayectorias vitales de niñas y adolescentes, sobre todo que inciden de forma negativa en su capacidad de decisión. Desde ahí es donde se ha partido para segmentar algunos grupos de estas niñas y adolescentes que tienen mayores vulnerabilidades. Por lo tanto, dentro de esta multiplicidad de factores que afectan esa trayectoria de vida que tienen las niñas, niños y adolescentes, se reconoce que la escasa o nula educación integral en sexualidad es uno de los actores principales para que también esas niñas no lleguen con una información veraz, laica, científica, al inicio de una sexualidad.

Aquí, a pesar de que contamos con una legislación sobre los matrimonios forzados (porque una de las prácticas culturales era someter a las niñas desde los 12 años con hombres mayores a ellas) hemos visto el reto que esto conlleva en la implementación. Todavía vemos alcaldes auxiliares, algunos jueces, sobre todo en el área rural, que siguen casando a niñas a pesar de que esto está prohibido. No podemos dejar de lado que la violencia sexual se perpetúa dentro de los círculos de familia, en embarazos de niñas y adolescentes.

Esta multiplicidad de factores debe considerarse en el momento de abordar la problemática de embarazos en adolescentes y sobre todo de dar ese reconocimiento a la información como un derecho humano que tienen estas menores de quince años. Tenemos mucha influencia de los medios de comunicación donde se tiene una sociedad sexualizada. Queremos que los adolescentes tengan esta educación sexual integral en sexualidad como una herramienta para formar su toma de decisiones y que en determinado momento se le reconozca el derecho a la sexualidad libre, sana, informada y sobre todo segura, que lo hagan con conocimiento de causa, con una formación en educación integral en sexualidad.

Podemos afirmar que no toda relación sexogenital en menores de quince años es violencia sexual. No estamos garantizando el derecho a la información de estos niños, niñas y adolescentes para que verdaderamente fortalezcan su toma de decisiones, entonces no podríamos esperar algo diferente cuando el estado o las políticas públicas que tendrían que estar implementando no garantizan esos derechos. Por eso debe garantizárseles a las niñas y adolescentes esta potente herramienta para fortalecer sus decisiones.

Vemos que seguimos lamentando que aún existen servicios de salud que representan un obstáculo para que los adolescentes se acerquen a pedir consejería o la dotación de un método anticonceptivo debido al asedio de los interrogatorios o a los comentarios, estigmatización que pueden sufrir estos adolescentes o los comentarios y la pérdida de la confidencialidad de estos ante la comunidad. Es importante garantizar la información, los métodos anticonceptivos de adolescentes, descartando esas relaciones desiguales de poder que se pueden dar tanto con parejas mayores como con parejas iguales a estas adolescentes. Sabemos por estudios que se han realizado a nivel nacional, que la famosa “prueba de amor” que posiblemente en muchos de los países en la región latinoamericana también se dé, es una de las causantes de embarazos en adolescentes porque los jovencitos siguen exigiendo a las novias esa famosa prueba de amor como parte de esa fidelidad que le tienen en una relación de noviazgo, y que al final se convierte en una relación no consensuada, sin información, que conlleva a un embarazo en adolescente. Y sobre todo, siempre vigilar y estar atentos de que no sea una relación basada en la violencia sexual. Por lo tanto, es importante formar a los proveedores que garanticen en los espacios amigables la detección oportuna de la violencia sexual que pueden estar sufriendo estas niñas y adolescentes. Hay que reconocer que el inicio de la vida sexual activa está ocurriendo a edades más tempranas, que también se brinde esa educación integral en sexualidad no solamente en el ámbito formal educativo a través de todos los años, de una metodología establecida por muchas organizaciones y con las recomendaciones y de la UNESCO, y que sea basada en evidencia, laicidad y oportunidad, cuando los niños lo necesiten.

## **Conclusiones**

- Visualizar la importancia de que estos embarazos sean considerados como un problema de salud pública que necesitan de implicaciones y abordajes no solamente dentro del sector educativo, de salud, de los padres de familia, sino también que tiene implicaciones altamente económicas sobre todo para romper el círculo de la pobreza en nuestras regiones. Además, esto afecta el proyecto de vida de muchas jóvenes y amplía la brecha social, que es una de las cosas que implica seguir en estos círculos de pobreza.
- Tenemos que seguir identificando estos determinantes del embarazo que están vinculados con las desigualdades de género que atentan sobre la autonomía de las mujeres, la falta de oportunidades y la inclusión social que deben tener las niñas y adolescentes. La existencia de un clima educativo que no es nada favorable para la educación integral en sexualidad y las barreras de acceso a los servicios de salud en la región.
- La mayoría de los profesionales de educación y salud señalan que para reducir este número de embarazos en adolescentes es necesaria una completa educación integral en sexualidad, sobre todo para frenar el flagelo de violencia sexual porque se le dota de herramientas a las niñas para que puedan identificarlo a temprano inicio. También el involucramiento de los padres para que puedan hablar libremente sobre su sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos con sus hijos.

## **COMENTARIO ALFONSO CARRERA**

Quisiera hablar de la problemática que Rosana acaba de comentar. Yo creo que las estrategias son las que deben de tomarse. Tengo cinco estrategias que creo que se deben enfocar y que no se han impulsado lo suficiente en Latinoamérica:

El primer punto es la falta de difusión de información sexual y reproductiva para los adolescentes y la población en general. Con todo el estigma que tienen todos los temas a los que nosotros nos dedicamos como aborto, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar... es claro que son temas tabúes y que no están incluidos a nivel gubernamental y muy poco a nivel privado. Más bien las redes son las que han ayudado a que se impulsen más, pero sabemos que no existe una normalización del tema. Todavía se sigue hablando de que se utiliza anticoncepción de emergencia cuando sabemos que ese no es un método. Eso me lleva a hablar de que, si la población debe tener información, también los profesionales de la salud y de la comunicación deberían tenerla.

El segundo punto es la falta de capacitación e inclusión en currículos universitarios tanto en pregrado y postgrado es un tema que no se toca. Desafortunadamente en México no en vano somos número uno en cantidad de embarazos adolescentes en los países de la OCDE. Sabemos bien que la pseudo autonomía universitaria no nos permite abordar ni hacer cambios en los currículos universitarios. En México existe la ENAPEA que es un programa que se propone llenar estos espacios, pero hay que lidiar con políticas gubernamentales que son difíciles de cambiar, y que las universidades parece que están poseídas por la derecha y el conservadurismo en donde no permiten que nosotros metamos mano, ni siquiera sugerir cambios en las currículas universitarias porque todo esto tiene que ver con los consejos técnicos universitarios y ahí está llena de conciliadores.

El tercer punto es muy delicado y ya lo han señalado. Es la encrucijada entre el abuso sexual y la anticoncepción para adolescentes. ¿Todas son violadas? Es claro que para nosotros los médicos es un tema que no se quiere tocar porque tiene que ver no solamente con la víctima sino con el abusador. ¿Dónde están esos abusadores? Además, se permite el negocio de la trata de blancas, el secuestro en el país está bastante terrible, pero el gobierno no hace nada porque está coludido (tampoco tengo la evidencia para poder decirlo, pero es un secreto a voces). Entonces tener que trabajar el manejo con los prestadores de servicios que se apoyen en todas estas leyes que en México están funcionando teóricamente pero que no aterrizan. Entonces, ¿cómo se aterriza a las mujeres, a las niñas víctimas de violencia? ¿Cómo se les da un plan de seguridad? Hemos atendido mujeres, se les ha hablado de la violencia, del riesgo a su salud, interrumpimos los embarazos y ahora están desaparecidas porque no se estableció el plan de seguridad con el apoyo de los gobiernos estatales o municipales. Entonces es un tema que queda en deuda porque no se han implementado las políticas públicas que deberían estar.

Otro problema es que la anticoncepción post evento obstétrico es para una mujer que ya tuvo un embarazo, entonces ya llegaste tarde, estás no en una prevención primaria sino en una prevención secundaria. Y el aborto para todas estas mujeres que tienen necesidades insatisfechas llega también tardíamente porque muchas de ellas con irregularidades menstruales se van a identificar como embarazadas después de la semana quince, veinte o veintidós... entonces, los gobiernos, los médicos y los ginecólogos dicen que ya no hay nada que hacer cuando eso es una mentira. Poder convencer a los gobiernos que no es una mentira. En México finalmente se publicó un lineamiento del aborto seguro que está plegado a lo que dice la Organización Mundial de la Salud, y hemos participado con diferentes gobiernos para tratar de impulsarlo.

El último punto son los insumos. La adquisición de endoceptivos no está presupuestada dentro de las políticas públicas. Entonces, ¿cómo hacer la prevención a una mujer adolescente que sí decida tener una práctica sexual? Porque pensamos que las adolescentes tradicionalmente son adultos chiquitos y son retrasados mentales cuando no es cierto. ¿Por qué no cambiar todo esto? Es un tema básico de fondo: actitud. El tema es la actitud de los prestadores de servicios de los gobernantes y de los profesionales. Gracias.

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

### **Gabriela Núñez:**

Mi pregunta va dirigida al doctor Alonso Carrera porque compartimos el espacio nacional. ¿En México existe alguna legislación que permita dar asesoría sobre anticoncepción a adolescente o, por el contrario, tenemos alguna limitación para poder dar estas asesorías, controles o métodos de planificación familiar?

### **Alfonso Carrera:**

Sí se tiene la normativa. Pueden leer la norma 047 y ahí está todo. No hay limitantes. La actitud es el problema. El desconocimiento también, pero el problema realmente es la actitud. Ojalá tengamos la posibilidad de hacer difusión de estos documentos que se han trabajado y están de

libre acceso a todos, además de la norma 005 de planificación familiar. La norma tiene una aplicación nacional obligatoria.

### **Fernanda Díaz:**

Solo mencionar que en la página de IPAS tenemos material informativo que analiza la norma 047 que habilita al personal de salud no solo a brindar información sino también a proporcionar el método a personas menores de edad.

### **Johnny Juárez:**

Tengo algunas opiniones sobre el tema. La primera es que creo que con algunas pequeñas variantes en los países de la región en general, la problemática de los adolescentes es muy similar, muy parecida. Por lo tanto, creo que las soluciones también deben ser parecidas. Una de las ponentes planteó en el sentido de tener una visión multisectorial y multidisciplinaria, lo cual es importantísimo para esta problemática. Lo segundo es que no he escuchado mucho en las presentaciones que uno de los objetivos de la anticoncepción en adolescentes tiene que ser evitar el segundo embarazo. ¿Qué pasó con la adolescente que ya se embarazó, que continúa con su embarazo y que tiene su hijo? Pues tenemos que evitar el segundo embarazo porque queremos que esa adolescentes recupere su plan de vida y pueda salir adelante. Ahí el uso de un método es importantísimo. Lo tercero es que sobre la pregunta que colocó la ponente de IPAS sobre si todo embarazo en menores de quince años debe ser considerado un embarazo producto de una violación, la evidencia nos dice que la gran mayoría son producto de una violación. Ahí yo creo que tenemos que estar claros en el asunto. Lo último, en las presentaciones de la primera colega del Salvador, a mí me llamó la atención en las láminas sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Si lo hacemos dentro de una estrategia educativa está bien, pero están apareciendo ahí los métodos quirúrgicos y eso no sé si se maneje en una consejería con adolescentes porque tengo entendido que son para mujeres en otras edades. Por último, el tema de la consejería para mí es clave. Lo planteé cuando tocamos el tema de la salud y reproducción.

## **RESUMEN JORNADA 21 DE JULIO**

### **Ponencia de Mara Monteagudo**

Tema: La salud y derechos reproductivos de menores de 15 años

La idea, hoy, es poder compartir con ustedes un modelo de articulación que estamos desarrollando en la provincia de Buenos Aires. Es bastante nuevo, digamos, estamos en este proceso de consolidar esta experiencia, esta herramienta de articulación que desarrollamos en la provincia de Buenos Aires en términos del abordaje de la situación de los embarazos en niñas menores de 15 años. Haciendo un pequeño recorrido histórico, esto vive también en un proceso que lleva nuestro país que tiene que ver con la Ley de IVE que el 30 de diciembre del 2020, el senado consolida y aprueba esa ley que también se desarrolla, digamos, que es el corolario de un proceso que vivió nuestro país, un proceso sociohistórico donde fueron protagonistas los feminismos, movimiento de mujeres, las colectivas, las redes de profesionales y, fundamentalmente, estuvo protagonizado por las mujeres en la calle con el movimiento de mujeres, lo que llamamos marea verde, en la calle tensionando, interpelando y premiando el

congreso para que definitivamente el país tenga esta tan ansiada ley que era una deuda frente a otras tantas leyes de derecho que tenemos, faltaba la Ley de ILE e IVE.

Específicamente en la provincia de Buenos Aires, ustedes saben que hay una nueva gestión en el gobierno tanto nacional como provincial, fue una prioridad y una urgencia al acceso a la interrupción legal del embarazo y voluntaria del embarazo y nos propusimos generar las condiciones materiales y simbólicas que garantizaran el acceso en términos de calidad, de equidad, de la prestación de las personas con capacidad de gestar, y hubo dos hitos, dos momentos muy importantes que tuvieron que ver previamente a la declaración de la ley. Como primera medida, el gobierno de la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de las Mujeres, su primera resolución fue la adhesión a lo que era en ese momento el protocolo que garantizaba el acceso de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en ese momento, que nuestra provincia no había accedido, y también el hecho de que se comprara Misoprostol, que la provincia de Buenos Aires comprara el misoprostol a un laboratorio argentino. También dos momentos muy importantes en ese sentido.

Una vez que la ley, que aparece la Ley de IVE, la provincia de Buenos Aires también desarrolla un plan de implementación para la interrupción voluntaria del embarazo en todo el territorio de la provincia, produce una guía, la guía de implementación para esta práctica. Y nos proponemos si se produce un proceso que todavía está, por supuesto, en desarrollo para garantizar el acceso produciendo las inequidades territoriales a la provincia de Buenos Aires, que ustedes saben que la provincia de Buenos Aires es una provincia muy grande, es la provincia que concentra la mayor cantidad de población y que tiene en esa magnitud, diferencias de acceso a esta práctica específicamente, y a lo largo de todo este tiempo el proceso que desarrolló para garantizar este derecho a la provincia de Buenos Aires, tuvo que ver justamente con ampliar los espacios para que las personas con capacidad de gestar pudieran acceder a la práctica. En eso estamos todavía, si bien el mapa se está tiñendo de verde, digamos y vamos teniendo más equipos de salud, en este sentido, todavía es un gran proceso que tenemos que vivir para garantizar ese acceso equitativo. Y una diferencia que tenemos con la ciudad de Buenos Aires es que la mayor cantidad de prácticas se centralizan en el segundo nivel de atención y a la atención de primaria todavía tenemos nosotros profundos procesos para que esto suceda y que la mayoría de la mayoría de las interrupciones legales y voluntarias se produzcan en el primer nivel de atención como generalmente sucede.

Específicamente, en términos de los embarazos de las menores de 15 años, es una línea de la Dirección de Equidad de Género. La Dirección de Equidad de género, viene a reemplazar, cuando se produce la función del gobierno provincial, la nueva gestión provincial, la ex Dirección de Maternidad e Infancia, la vieja Dirección, aparece la Dirección de Equidad de género reemplazando a esa Dirección porque lo que se hace es separar este concepto de la maternidad ligada a la mujer como función y destino, digamos, hay una Dirección de Equidad de género de la cual depende la Dirección de salud sexual y la Dirección de salud perinatal, y por otro lado la Dirección de niñez y adolescencia depende de otra Dirección que es la Dirección de salud comunitaria, aunque todas las Direcciones dialogan permanentemente y tienen los mismos ejes y lineamientos políticos. Está Dirección de Equidad de género, donde está la Dirección de salud sexual, tienen la línea priorizada, también la de niñez y adolescencia, de justamente el enfoque hacia los embarazos a menores de 15 años.

Nuestro país, además, a través de su reforma constitucional, para un poco comprender algunos ejes en los que el abordaje de estas situaciones en Argentina, la constitución se reforma el año 1994 y esa reforma incluye la constitución de los tratados internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra la mujer (ininteligible) termina un cambio del enfoque de salud de los derechos humanos. En términos de las niñeces y adolescencias, el cambio de paradigma que se produce es que los niños que venían siendo objetos de protección, pasan a ser sujetos de pleno derechos. Son titulares de todos los derechos consagrados, con particular énfasis, en los derechos personalísimos que tienen que ser ejercidos en forma progresiva en consonancia con su competencia. Estos derechos personalísimos que son aquellos derechos que no pueden ser ejercidos por otros, que no pueden ser ejercidos por sus representantes, tienen como ejemplo el derecho a la salud, el derecho a la información y, en ese sentido, tienen que ser ejercidos en términos de competencia y no de capacidad, es decir, en términos del desarrollo madurativo que implica la competencia y no relacionados con una edad concreta o edad fija (después vamos a ver más acabadamente el término de autonomía progresiva) que rigen estos derechos.

En definitiva, los niños, niñas y adolescentes son considerados sujetos de pleno derecho, tienen los mismos derechos que los adultos y pueden dejar serlos en consonancia con la evolución de sus facultades, para eso hay un amplio marco normativo que tiene nuestro país en términos de protección de niños, niñas y adolescentes, teniendo como eje la CDN, que incorpora su constitución. La provincia de Buenos Aires también tiene un cuerpo normativo acorde, nuestro país es un país federal, las provincias tienen su autonomía para constituir sus constituciones y sus propias leyes con un marco como una pirámide normativa donde escasas leyes no pueden obturar derechos que permite la constitución nacional y, en este caso, la convención de los derechos del niño incluida.

Ese amplio corpus normativo que tiene nuestro país, digamos todavía atraviesa disputas y tensiones a nivel de las instituciones, a nivel de los equipos de salud, inclusive al nivel de la justicia, digamos, que tienen que ver con que el paradigma de derechos, este paradigma donde los adolescentes, niñas adolescentes, tienen que ser considerados sujetos de derecho. Todavía hay tensiones y disputas, y están atravesados, todavía situaciones con el viejo paradigma tutelar, todavía estamos atravesando este paradigma para que les niñas y adolescentes sean considerados como corresponde, sujetos de pleno derecho.

También en esa Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos se crea el sistema de protección de niños, niñas y adolescentes, que en este marco lo que tiene que hacer es recuperar o restituir los derechos vulnerados y recuperar sus consecuencias a través de medidas específicas de protección de derechos que dictan estos servicios. Este sistema de protección de derechos tiene servicios locales y zonales para su protección. Son instituciones, digamos, que tienen equipos técnicos que van a dictar medidas y van a estar en concordancia con políticas específicas para restituir esos derechos vulnerados. Siempre en el paradigma de los derechos. Y hay principios rectores para los trabajos con adolescentes que tienen que ver con el interés superior del niño, que significa que todas las decisiones que se adopten, autoridades y adultos, tienen que ser en concordancia con el ejercicio de sus derechos y con su propio bienestar, respetando estos derechos, y también el interés superior del niño se aplica en términos de conflicto, cuando hay conflicto de intereses entre niñez, instituciones, adultos, etcétera.

El otro concepto que yo recién nombraba, es el término de la autonomía progresiva que está ligada a la posibilidad de analizar y de comprender consecuencias, y que el niño en términos de ese desarrollo que va, digamos, ejerciendo a medida que va creciendo, tome decisiones en términos de ese desarrollo madurativo y no sean las edades las que estén significando cuándo puede o no puede, porque poner edades, en ese sentido, sería un acto discriminatorio, violaría esos derechos, es decir, que el concepto de la autonomía progresiva habla de una capacidad que se ejerce a medida que se va constituyendo, digamos, ese desarrollo madurativo que va a ser singular, que va a estar relacionado con cada niño, con su contexto, con sus posibilidades. La confidencialidad, en ese sentido, el secreto profesional es una obligación tanto en adultos como en niños, tanto niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ese secreto médico, los profesionales tenemos la obligación de no violar ese secreto médico salvo que hubiera un motivo concreto y grave para que se dé el caso que podemos violar ese secreto profesional, pero eso tampoco significa que esa violación del secreto profesional, que develar el secreto profesional tenga que hacerse en forma compulsiva y sin participación y acompañamiento del niño. Los derechos sexuales y reproductivos que tienen derecho los niños y adolescentes, tienen el derecho a acceder a toda la información que tenga que ver con salud sexual y reproductiva y no reproductiva, y además con la provisión gratuita de los métodos anticonceptivos y al acceso a esos métodos anticonceptivos que elijan y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA.

Otro concepto que también cambia nuestro país con la reforma del código civil es que, en el año 2015, otra figura que es la figura de la patria potestad, es reemplazada por esta de la responsabilidad parental, donde el rol de los padres, entorno afectivo, cuidadores, tienen que ver con acompañar y guiar las propias decisiones pero en beneficio de los niños, niñas y adolescentes, garantizando ese ejercicio de derechos. Tiene límites, el estado también tiene responsabilidad sobre eso. Se trata de acompañar, de no siempre, es decir, nunca sustituir la voluntad, es una institución dinámica porque en medida que los niños y adolescentes adquieren más autonomía progresiva, progresa esa autonomía progresiva, disminuye la responsabilidad parental y se amplía esa red de contención. No se determina por padres y progenitores, sino que también está relacionada con la familia atendida, la red comunitaria, las instituciones, el sistema de protección de niños, niñas y adolescentes. No pueden entonces los padres o tutores a que reciban la información o tratamientos médicos, no son propietarios, no disponen, no sustituyen la voluntad de los niños.

Esta figura como este cambio de paradigma en términos de los niños como sujetos de pleno derecho es algo que está en desarrollo también, es un paradigma que todavía está cargado de ciertas tensiones y de ciertas prácticas institucionales que aún ejercen el paradigma tutelar y no el paradigma de derechos. En esas tensiones también estamos, en esas transformaciones del proceso a nivel institucional y a nivel de los equipos de salud.

Consideramos entonces el embarazo forzado como aquel embarazo que se produce cuando una niña queda embarazada sin haberlo buscado o deseado, o cuando se le niega o se le dificulta la interrupción legal del embarazo, tanto siendo producto de una situación de abuso o violación, como cuando también es por una situación de una relación sexual consensuada, consentida, porque todavía ese consentimiento puede ser que respecto a esa autonomía progresiva que recién nombramos, no pueda todavía evaluar las consecuencias de esa situación, ni aun conociéndolas pueda prevenirlas. El embarazo en esta situación es siempre forzado en esos

términos, no solamente porque tiene que ver en la gran mayoría de los casos, y a cuanto más baja la edad, una situación de violencia sexual, sino porque también está atravesado por una serie de acumulación de vulnerabilidades, y con violencia estructural que hacen que esas niñas no puedan, en todo su contexto, tener la posibilidad de analizar la consecuencia de esos procesos, necesarios, para esa toma de decisiones, de manera que el embarazo en esas edades lo consideramos como un embarazo forzado.

Y ya sabemos las consecuencias ya se han hablado seguramente en otras presentaciones de lo que tiene que ver con el embarazo en la adolescencia y que está ligado a situaciones de alta desigualdad, contextos vulnerables, múltiples vulnerabilidades que tiene diferentes determinantes, tanto la temprana como la tardía, donde la mayoría de las jóvenes pertenecen a hogares de menor recursos donde entonces la maternidad en esta etapa es un indicador de inequidad y donde fundamentalmente hay una ausencia de poder y control por parte de la niña y adolescente que está ligada, en la gran mayoría de los casos, a la violencia sexual y al abuso, constituyendo un alto riesgo para la salud integral, tanto perinatal como sicosocial, el riesgo para la salud está bien visibilizado, bien consolidado en términos de mortalidad y en todas las consecuencias que tiene un embarazo a edades tan tempranas. También el diagnóstico tardío, asociados a estos embarazos que tienen que ver con controles prenatales tardíos y deficientes con todas las barreras de acceso a la ILE e IVE que también las exponen al aborto inseguro. Y con el compromiso de la salud mental que impone la maternidad forzada, algo que también muchas veces está vedado a entender, y eso se ve a posteriori, a largo plazo, que tiene que ver con las consecuencias de esta maternidad forzada, de exponerlas a esta maternidad forzada, con situaciones de alto impacto emocional y de dolor psíquico y consecuencias que, inclusive, tienen que ver con autolesiones, ideas suicidas y suicidio. Entender que esto de la maternidad forzada tiene un alto impacto negativo sobre la salud mental de estas niñas. Y el alto riesgo prenatal ligado a la prematurez y a los recién nacidos de bajo peso que también presenta.

Esta es una tasa que probablemente se haya presentado, que tiene que ver con la tasa de fecundidad en el país, global, tardía y temprana, donde esta tasa de fecundidad estuvo bastante estable durante mucho tiempo en torno al 15% y empieza a descender en los últimos años, lo mismo lo hace la tardía, la que está por arriba de los 15 años, pero la mortalidad temprana que está asociada a embarazos menores de 15, constante, se mantiene estable, resistente al descenso a pesar de tantas estrategias que se han podido desarrollar y no se mueve de un lugar preocupante, digamos. En la provincia de Buenos Aires también las curvas reproducen lo mismo que ocurre a nivel global, a nivel nacional, teniendo en cuenta claramente las diferencias que tienen nuestro país, porque nuestro país tiene esa amplitud y tiene en términos de promedio donde hay una diferencia muy importante entre diferentes regiones del país e inclusive diferentes de la provincia de Buenos Aires en su gran magnitud, por ser tan grande.

Específicamente, con lo que tiene que ver entonces con nuestra provincia, se representó el 11.7% conjunto de embarazos en el 2019 en el total del país, y dentro de la provincia de Buenos Aires representó el 10.6% acompañando este descenso que parece consolidarse, viene descendiendo ese 15% que teníamos previamente, en las niñas menores de 15 años. Fueron 448 niñas menores de 15 años que tuvieron hijos, concentradas la mayoría en el aglomerado de gran Buenos Aires, por supuesto, porque está la mayor población, pero lo que es más duro, digamos, el indicador más duro, la mayoría, el ochenta y picos por ciento fueron no planificados, esa es la gran totalidad de estos embarazos fueron no planificados y de esos el 78.7% no estaban

usando un método anticonceptivo. Por lo cual, el embarazo en números absolutos puede parecer pequeño, pero es profundamente preocupante sobre todo porque estamos hablando de 14, 13, 12, 11 y 10 años y debería ser cero.

Con todo esto, a través de las situaciones que empezamos a recibir cuando nosotros llegamos al ministerio de salud en la provincia de Buenos Aires, empezamos a pensar estrategias para abordar estos embarazos en menores de 15 años, no había una estrategia que consolidara, que conjugara el abuso y el embarazo, que conjugara más cuestiones, la anemia. El plan de prevención de embarazo no intencionales en la adolescencia es una política que aparece, es la primera política en ese sentido, nos propusimos, decía, dentro de la provincia de Buenos Aires, a trabajar, a pensar en una estrategia de abordaje. Lo primero que advertimos era la necesidad de trabajar con otros, digamos, la primera cuestión que aparece, el conjunto de vulnerabilidades y siendo el embarazo un emergente, una situación atravesada por un montón de otras vulnerabilidades que también es imprescindible dar respuesta. Lo primero que entendimos que entendimos era que teníamos que convocarnos con otros. La provincia de Buenos Aires, la Dirección de equidad, tiene un dispositivo político que les llamamos rondas, es un dispositivo que tiende a la construcción de compartir saberes, recursos, experiencias y reflexiones críticas sobre el hacer, esas rondas nos convocamos no solo las Direcciones de salud sexual y la Dirección de salud perinatal, sino la Dirección de niñez y adolescencia, la Dirección de salud mental. Salud mental crea en esta gestión un programa de infancias y juventudes, no había dentro de salud mental un programa específico para atender la salud mental de estos jóvenes. Empezamos a articular fuertemente con esa compañera de ese programa con la Dirección de violencias y empezamos a tejer, a disponernos a pensar una estrategia de acción, una estrategia de abordaje interdisciplinaria, dentro del Ministerio de salud.

Una de las primeras cuestiones fue cómo llamarnos, no podíamos encontrar un nombre para la estrategia, para definir lo que es el embarazo en las niñas y nos dimos cuenta que el nombre que el nombre ya había sido acuñado por el movimiento de mujeres en las calles, que habían tomado en un reclamo muy potente que había ocurrido en nuestro país. Ese nombre de “Niñas no madres”, por un lado, reconoce ese recorrido y, por otro lado, deja bien claro que la niñez y la maternidad son excluyentes. Es muy potente pararse en una mesa de trabajo con otros equipos, con otros compañeros, es potente pararse y decir que estamos trabajando dentro de la mesa “Niñas no madres”, ya eso es un posicionamiento claro, concreto, con respecto a estos embarazos. Esto es de una incidencia concreta en términos de los lineamientos políticos para este abordaje.

El objetivo fue crear una instancia de articulación dentro del Ministerio para dar respuestas integrales ante estas situaciones, por supuesto que primero lo tuvimos como un instrumento de orientación y acompañamiento para responder entre situaciones de alta complejidad, la mesa compuesta por todas esas direcciones y por todos esos actores, lo que hace es instituirse como un recurso de acompañamiento para pensar las estrategias con los equipos, promoviendo aparte la participación interdisciplinaria de los actores necesarios dentro del territorio para conformar esas estrategias ante estas situaciones complejas y promoviendo fundamentalmente la formación de mesas locales, territoriales, integrales, dentro del territorio, que recuperan de alguna manera el formato de esta mesa a nivel central.

Generar las acciones para implementación de las guías es la ruta crítica de atención de las niñas embarazadas, que se construyó en forma federal, que se acaba de actualizar y que es la guía, digamos, que marca el protocolo de acciones, que necesariamente consideramos necesario

implementar en los equipos y además otros instrumentos que se construyeron y que se están construyendo en el ministerio de salud que también fueron de una construcción colectiva, interinstitucional como el próximamente está por salir como el protocolo para la atención de situaciones de abuso y violencia sexual que tiene un capítulo específico para el embarazo dentro de abuso, específico del embarazo dentro de ese protocolo como indicador de abuso, dando pautas para el abordaje. Por supuesto el espacio de capacitación y sobre todo implementar un sistema de información y de registro en estos embarazos que no había ninguno, digamos, hasta el momento en la provincia de Buenos Aires, entendiendo entonces la necesidad de coordinación con responsables, con otros ámbitos institucionales y, fundamentalmente, poniendo en marcha una tensión que tenga que ver con la interinstitucionalidad y la intersectorialidad.

Una de las primeras cuestiones que la mesa recupera es este el concepto de la naturalización de la maternidad, y en este sentido, lo que promueve en esos encuentros y en esos procesos que va desarrollando con los equipos y con las instituciones, con las regiones sanitarias, fundamentalmente, promoviendo la problematización de la normalización de la maternidad. La revisión de prácticas establecidas, esas prácticas que tienen que desmontar y deconstruir esa trama patriarcal que además reproducen porque las prácticas sanitarias vuelven institucionales, vuelven a reproducir esa normalización de la maternidad, y además problematizamos ese concepto de riesgo para considerar este riesgo integral donde esa condición normalizada obtura, inclusive, riesgos claros. Nosotros recién decíamos que ha sido reconocido el riesgo, es concreto el riesgo para la salud integral que tienen esas niñas, físico y emocional, pero aun así la normalización de la maternidad borra y minimiza esos riesgos en pos de esa normalización y romantización, incluso de la maternidad aun en embarazos forzados, aun en situaciones de abuso, los deja invisibilizados. De manera que, en estas circunstancias, el embarazo es producto de la violación sexual y es forzado. Y cada vez que contribuimos, o sea cada vez que esas niñas transitan esta maternidad forzada, esta maternidad no deseada, son expuestas a mayor violencia, a mayor vulneración de derechos y a mayor inequidad en cuanto a sus posibilidades. ¿Qué justificó esta estrategia? Justamente lo que estábamos hablando, había una ausencia absoluta de abordaje, en general, la mayoría de los casos no tenía un abordaje específico, diferenciado, hacia estas niñas, no había tampoco equipos ni construcción de equipos interdisciplinarios. En general, las situaciones de embarazos de estas edades entran a los servicios de tocoginecología y reproducen los controles de salud de mujeres adultas, muchas veces sin problematizar en absoluto el tipo de relación sexual, el abuso. Fundamentalmente había ausencia de la voz de la niña, a pesar de todo ese campo normativo, a pesar de necesidad de colocar la voz de la niña como protagonista, la niña estaba siempre ausente. No había el abordaje con las preguntas necesarias para empezar a desarmar esa trama de vulneración de derechos.

Déficit en la pesquisa de la violencia, además, hoy hay un déficit de los equipos para poder detener, detectar y pesquisar el abuso sexual y sobre todo el abordaje integral de estas situaciones con perspectiva de género y en forma corresponsable, fundamentalmente un desconocimiento del sistema de protección de derechos que tiene nuestra provincia, con intervenciones que eran sobre todo paralelas y al ser paralelas, al no tener diálogo esas intervenciones, al no haber contacto con esos equipos, se revictimizaba la niña que siempre seguía, en todo este proceso, ausente. No hay ningún registro, en ese sentido, y la consejería en

opciones también era heterogénea, donde las opciones para el embarazo forzado, las posibilidades, las opciones tanto de interrumpir como de no materner, acceder a la ILE o a la IVE no eran homogéneas.

Y en ese sentido el rol de la región sanitaria para nosotros es cardinal, la provincia de Buenos Aires, como dije, es muy grande, es tan grande que está dividida en doce regiones sanitarias. Las regiones sanitarias son brazos, son nivel central porque son los brazos en el territorio del Ministerio de salud y esas regiones cuentan con referentes de salud sexual, con referentes de niñez y adolescencia, con referentes de salud perinatal, con referentes de violencia ahora porque va a haber referentes de violencia también en las regiones, pero que muchas veces no dialogaban, no tenían tampoco esa posibilidad de articulación. En ese sentido, la estrategia lo que hace es determinar que el embarazo en menor de 15 es de notificación obligatoria a través de un informe, esto no ocurría en la provincia de Buenos Aires. Cada situación activa ese referente de la región sanitaria para que se conformen y se promueva la conformación de equipos interdisciplinarios con el objetivo del registro, con el objetivo de dar seguimiento y, fundamentalmente, con las mesas de articulación en la provincia para estas situaciones de alta complejidad.

Este circuito que llega a la región sanitaria y que antes estaba en manos del referente de salud perinatal o salud sexual, lo que promueve desde la mesa es que se formen dentro de la región sanitaria, una articulación entre ellos y con el territorio para poder promover el abordaje integral de las situaciones, que no solamente tenga en cuenta la interrupción del embarazo o la posibilidad de acompañar en esa decisión de no materner de la niña, o de materner de acuerdo a la situación, sino también que tenga en cuenta todo el seguimiento integral para poder abordar todas esas situaciones, teniendo en cuenta la garantía de la voz para que no asuman el derecho a materner, no asumir que la relación sea consentida, no convocar otro familiar, y que tengan en cuenta la red de contención, la escucha activa y la transparencia activa para indagar sobre esas situaciones de, digamos, de vulneración y, sobre todo, el formulario, lo que viene a ser este registro, lo que viene a ser este formulario, que es un formulario con preguntas que invitan a los equipos, esas preguntas lo que hacen es invitar a los equipos a hacerse las preguntas, el formulario no solamente es un formulario de registro, sino que también quiere constituirse como una guía de acciones con las preguntas necesarias e indispensables para tener una construcción, para que los equipos puedan empezar a construir un riesgo integral, donde esté la voz de la niña, donde pueda acompañar con esa decisión, pero sobre todo para que puedan ir dando cuenta de los procesos necesarios para que esa niña pueda tomar las decisiones correspondientes. Estoy pasando, en definitiva, la guía, esta ruta crítica que, les decía, nos aporta los, digamos, la ruta de acción, tanto ILE o IVE o si continúa el embarazo, que son las opciones que tiene la niña, tanto sea para interrumpir o no porque dependiendo del caso, muchas veces llegan embarazos de madre gestacional avanzada que no se pueda dar lugar a la interrupción pero sí lo que se puede es no naturalizar la maternidad y acompañarla en ese proceso de toma de decisiones, cuidadas con todos los organismos institucionales que intervienen para que pueda garantizar esa decisión, que puede ser la de no materner.

Y la consejería integral también es un tema importante que nos propusimos porque también consideramos que esa consejería integral tiene que ser situada específica con esa situación porque muchas veces no es un método anticonceptivo inmediatamente lo necesario porque puede ser una violación y la única experiencia sexual de la niña, sino que tiene que ser una

consejería más integral más situada en términos de toda la información que tenga que recibir esa niña, en caso de que tenga que acceder a un método anticonceptivo o no, para tomar en cuenta cómo está asociada, quizás, a su vida y a su salud sexual, el hecho de haber sido una situación de violencia sexual la que la llevó al embarazo.

Nuestro Código Civil tiene la posibilidad de que las adolescentes por arriba de los 16 años, se comportan como adultas y pueden tomar todas las decisiones con respecto a su cuerpo, pero de 13 a 16 se necesita de asistencia aquellas situaciones que tengan que ver con prácticas que pongan en riesgo su salud o que sean tratamientos invasivos, en ese sentido, el concepto de asistencia es el concepto que también nosotros estamos profundizando con los equipos para que puedan poner a disposición todo lo necesario para que esa niña pueda, en términos de autonomía progresiva, desarrollar, es decir, poder tener todas las opciones para la toma de decisiones, la asistencia se la dan los progenitores, la red familiar, las instituciones, el equipo de salud, haciendo todo un ejercicio para acompañarlas con toda la información necesaria, los procesos necesarios para que la niña pueda tomar una decisión, porque a veces nos quedamos con decidir materno y esa decisión no la profundizamos, no la problematizamos, volvemos a naturalizarla y no ponemos a disposición todos los elementos necesarios para que pueda, la niña, con esa asistencia ir desarrollando un proceso de toma de decisiones, en términos de autonomía progresiva. Lo mismo con niñas menores de 13 años. Bueno, tratamiento invasivo, tenemos una resolución del Ministerio de Salud que lo define que tiene que ver con aquellas consecuencias altas de riesgo o que tienen secuelas físicas, no es invasivo un implante ni una extracción de sangre, tiene que tener una evidencia científica alta de consecuencias que se tienen que investigar, con impactos para la salud física.

Promovemos la conformación de la red, cómo derivamos, con qué contacto, quién recepciona acompañando ese proceso de derivación, teniendo en cuenta que en estos casos está tomada la decisión con respecto de la gesta, activamos esa relación con el sistema de protección de derechos y también la posibilidad de evaluar hacer la denuncia. La denuncia es obligatoria pero no es urgente, el impacto que puede tener una denuncia y una comunicación también hay que tenerlo en cuenta, estas situaciones de vulneración de derechos, muchas veces, las mujeres que acompañan a esas niñas ya han atravesado con otras situaciones de violencia de género y el impacto, el momento de la aparición del embarazo es una irrupción que rompe un equilibrio que había en esa familia, que era inestable obviamente, a costa de ese cuerpo de esa niña pero un equilibrio que, digamos, transforma en un segundo cuando eso sale a la luz, hay que acompañar a esas familias, hay que acompañar a esas niñas para que justamente puedan tener la mejor calidad, en términos del ejercicio de su derecho que no las volvamos a vulnerar, hay que evaluar la necesidad de la denuncia y acompañar el equipo de salud interdisciplinario también al proceso de denuncia. ¿Cuándo? Bueno, hay que tener en cuenta que puede ser necesario internarla porque es la única medida urgente y rápida de protección, asegurarse que el equipo que la reciba sea un equipo que tenga la posibilidad de acompañamiento integral y siempre mantener la comunicación con el nivel central y con los referentes, hasta tanto no tengamos establecido el circuito local de derivación, es decir, promover la red de derivación entre niveles siempre en términos de cuidado y de protección de derechos y teniendo en cuenta la situación de abuso ligada a la situación de embarazo.

Para poder terminar ya, lo que estamos haciendo entonces es promover la conformación de una red para la atención integral propiciando el funcionamiento de la red de atención sanitaria

donde podamos hacernos las preguntas, cuál es la institución de referencia en cada nivel con los municipios de la región sanitaria, ¿cuáles son los efectores que cuentan con el recurso humano capacitado? ¿Cuáles son los equipos o profesionales de referencia a contactar? Con el fin de dar un acompañamiento integral y las gestiones necesarias para garantizar la atención adecuada y seguimiento posterior desde un enfoque integral, atendiendo la complejidad de la situación. ¿Cómo propiciamos la articulación con los organismos de protección de derechos? Y acá es fundamental conocer qué equipos vienen trabajando la situación, qué historia de intervenciones tienen esas niñas que, generalmente, las tienen, y cómo ponemos a dialogar esos equipos para que no sean intervenciones desarticuladas, para generar, en el caso que se requiera, espacios de encuentro entre los equipos. Y por supuesto, manteniendo la confidencialidad.

¿Qué fue lo que hicimos hasta ahora? Bueno, presentamos la mesa a todas las Regiones Sanitarias. Todas las Regiones Sanitarias cuentan con esa herramienta de seguimiento, ellos tienen la posibilidad a través de ese Google Form que se les abre en el Excel, ellos pueden dar seguimiento a esas situaciones, además de que la provincia de Buenos Aires, desde la mesa central de todas las Regiones Sanitarias y también hacen seguimiento. Se pudieron conformar mesas locales en cuatro Regiones Sanitarias, remediando las mesas locales del nivel central, se constituyeron equipos interdisciplinarios dentro de las Regiones Sanitarias para desencadenar los procesos necesarios de acompañamiento en estas instituciones, dialogando con los recursos territoriales, locales que hubiera, porque no todas las Regiones Sanitarias son iguales. Y convocando a los actores interesados: escuelas, servicios de protección, mesas de violencia, digamos, eso es lo que promovemos en estas mesas locales y en todas las situaciones que acompañamos pudieron conformarse equipos interdisciplinarios, y en las situaciones que atravesamos, también, y que acompañamos, en todas se realizó la comunicación a los servicios de Protección de Derechos, cosa que no venía pasando hasta el momento.

El 88% de los casos, tuvieron un efector de salud con un equipo de atención para el acompañamiento de la situación, se constituyó el equipo interdisciplinario, para el acompañamiento. Y en los casos de menores de 13 años, en la totalidad de las situaciones se pudo hacer la comunicación al organismo de protección de derecho. De los casos que tenemos también al 68% de las situaciones accedieron a una interrupción legal del embarazo y de ello casi la mitad correspondió a relaciones sexuales consentidas. En los casos en que la niña continuó el embarazo, la mitad llegó con un embarazo mayor a 20 semanas, cosa que ya lo sabemos, en general llegan tardíamente, de estos la mitad fueron a su vez embarazos, fueron productos de situaciones de abuso, pero lo importante de esta situación donde las niñas continuaron, es que pudimos acompañar en el proceso de toma de decisiones y la mayoría de ellas pudieron dar en adopción, pudimos tener otra posibilidad de recuperar su niñez y no asumir la maternidad y pudieron elegir entrar en un estado de adoptabilidad y pudimos acompañarlas por todo el recurso disponible en esa situación.

Por último, los desafíos que nos presentamos con esta mesa, es contribuir a desencadenar los procesos necesarios para la transformación de espacios, de sentidos y los espacios, equipos de salud, invitándolos a poner en tensión estos paradigmas respecto a la maternidad general y al embarazo en menores de 15 años, pero fundamentalmente para poder revisar sus prácticas, poder revisar las prácticas establecidas y reproducidas que también van, digamos, promoviendo y tienen impacto simbólico, un impacto simbólico y subjetivo sobre la toma de decisiones de

la niña. Es importante que nosotros como equipo de salud, sobre todo los ginecólogos, podamos revisar esas prácticas que tenemos tan normalizadas sobre la maternidad y cómo esas prácticas impactan sobre la toma de decisiones de estas niñas para promover un modelo de atención que esté basado en el cuidado de salud y que garantice la autonomía de las niñas y las adolescente en el marco de respuestas integrales por el estado, sobre todo con prácticas asistenciales con sus soporte sea el reconocimiento pleno del concepto de niñas no madres. Entender que el interés superior de la niña y del niño es hacia la niñez y que el embarazo en ese sentido dura la posibilidad de ser niñas y contribuir a la construcción de una política pública que genere estas respuestas integrales y un modelo de atención y cuidado en este marco y que potencia la capacidad de incidir en las prácticas, a las que nos referimos.

### **Panelista - Karen Padilla**

Muchas gracias, Guillermo, un gusto en saludarle todas y todos, agradezco especialmente a CLACAI, por promover, organizar este espacio y todas estas sesiones que nos han permitido reflexionar y analizar, la situación que viven las niñas y las adolescentes que sufren abuso sexual, violencia sexual y además también un embarazo impuesto.

En mi caso voy a compartirles un resumen muy general sobre la situación que vemos que sufren las niñas en los servicios para acceder a servicios de salud reproductiva, especialmente en Centroamérica y México.

Como les decía, la intención de mi presentación es que a través de ejemplos claros veamos a que se enfrentan las niñas cuando buscan servicios de salud y cómo diferentes factores afectan el que puedan o no tener un servicio como lo requieren. Retomando lo que se mencionaba ahí en una de las ponencia, nuestro país en los estados, en la región han firmado una cantidad de compromisos internacionales, en los cuales supuestamente se comprometen a cumplir, a garantizar lo mínimo y necesario para que la niña pueda vivir en las condiciones sin ser sometidos a maltratos, ni a tortura tenemos los acuerdos que deben tener acceso a educación sexual y reproductiva de manera integral, deben de conocer sus derechos sexuales y reproductiva, deben de garantizárseles su derecho a la salud, incluyendo las medidas para reducir la morbilidad y mortalidad materna, deben de garantizarse la atención en caso de violencia sexual de manera integral y por su puesto el acceso a la justicia, y deben de implementar todas las medidas necesarias para garantizar el respeto a las persona, promoviendo actitudes equitativas y eliminar todas las formas de discriminación.

Todos estos compromisos u obligaciones están recogidos básicamente en seis tratados de los cuales todos los países son firmantes y todos sabemos cuáles son. A pesar de ello, tratando de resumir cual es la situación que vemos en la región centroamericana y en México, sabemos que es una región marcada por una situación de pobreza, de inequidad y por supuesto de violencia de género. El tema de educación sexual integral en el sistema formal académico, es realmente muy básico o inexistente, los países los gobiernos tienen políticas muy tímidas sobre el tema de educación sexual integral, no está incluido en la formación de la escuela básica media y muchas veces ni superior, que lo veremos más adelante, y estos por su puesto debe ser a la presión de grupos religiosos y conservadores, que siguen teniendo en la influencia en el poder para no permitir que los gobiernos avancen en este sentido.

Esto nos lleva a que las adolescentes observamos un incremento de fecundidad adolescente, observamos también un incremento en la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos lo

cual en el último año y medio por respecto de covid sabemos que la situación para los próximos años se deslumbra bastante compleja, lo que nos lleva a alta tasa de embarazo en general en adolescente y por su puesto en menores. Lamentablemente como se mencionaba en el video que cuando iniciamos la sesión la violencia ya está naturalizada, es una norma social y un asunto que complejiza el poder identificarla y prevenirla es que sucede como se ha mencionado en toda la ponencia, me antecedieron en la familia o en el entorno inmediato de la niña o el adolescente.

Por otro lado, el estado y la sociedad en general observamos que revictimiza a las sobrevivientes de violencia escuchamos, leemos e investigamos sobre lo que viven las niñas cuando buscan servicio y los diferentes niveles son enjuiciadas, estigmatizadas, discriminadas e igual en su entorno en la sociedad, las excluyen cuando son víctimas de violencia sexual y son culpabilizadas por lo que viven. Las experiencias con la violencia, entonces con el abuso y con la violencia de género, en general, ocasiona una sensación de aislamiento, lo cual como mencionaba Mara, está estrechamente ligado a conductas suicidas que luego veremos un ejemplo específico de uno de los países de Centroamérica. Por otro lado, pensando en la atención a estas niñas, a estas adolescentes, seguimos observando que la mayoría de nuestras universidades que forman personal de salud no incorpora la temática de salud reproductiva en las materias obligatorias. Hay países, hay universidades, un buen ejemplo es Argentina, que está teniendo ya, como cursos independientes, incluso de aborto, de atención a mujeres en situación de aborto y que, si no me equivoco, la universidad de Rosario ya tiene un curso, uno de los pocos, que ya es una materia obligatoria para los estudiantes de medicina, eso no sucede en la gran mayoría de nuestra región y mucho menos en Centroamérica ni en México donde definitivamente el poder encontrar en currículo de formación de personal de salud el tema de anticoncepción es complejo. Si acaso tenemos un par de horas asignadas para esta temática, por supuesto no se habla de aborto y cuando tenemos la formación o la práctica de habilidades para evacuaciones endouterinas se toma como un procedimiento como legrado y no hay nada de una visión de derechos sexuales y reproductivos y el personal de salud no se visibiliza como un garante de los derechos sexuales y reproductivos de las usuarios y de las niñas.

Nos decía, en el vídeo que compartí, el pediatra que atendió a esta niña que ni siquiera se le ocurrió, no lo pensó y eso es lo que vemos en estos servicios. Cuando hablamos con el personal de salud, nos dicen, y este es el último punto que menciono aquí, que el sistema de salud no cuenta con la estructura necesaria para garantizar el servicio oportuno, respetuoso y de calidad para esta población. Las rutas de sanción no están definidas, el personal no es sensible, no está habilitado para atender a menores y garantizar sus derechos. No se cuenta con los insumos necesarios, no hay en muchas ocasiones ni los espacios ni los horarios accesibles para ellos. Desde que una adolescente o una niña llega a la unidad de salud, la unidad de salud pone todas las barreras posibles para que realmente esta niña no tenga un servicio de calidad o simplemente se desanimen y no van a los servicios de salud.

De manera general, y tratando de aterrizar, qué vemos como consecuencia de la situación de los servicios en los países, tenemos que en México para el año 2016, la tasa específica de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 era de 74.4 nacimientos por cada mil mujeres. Este número disminuyó un poco para el cierre del 2019 que bajó un poco a 70, pero en el grupo menor de 15 años, tenemos solo el dato entre 12 y 14 años que es de 3.5 por cada mil niñas en este grupo de edad y este número no ha variado del 2016, es decir en los últimos 5 años nos

mantenemos en este mismo rango. Para ese mismo año, se alcanzó esta cifra que vemos en pantalla de 11,808 nacimientos de madres entre 10 a 14 años. El 2016 sigue siendo hasta la fecha el número que tenemos el registro más grande de niñas que parieron y de ellas, el 96% casi el 97%, ocurrió en niñas entre 13 y 14 años. Vale la pena mencionar que esta información que tenemos sobre menores de 15 años, solo la tenemos de manera retrospectiva, así que es muy difícil poder tomar decisiones sobre lo que ya pasó y poder avanzar para garantizar mejores servicios a las adolescentes.

En el caso de Centroamérica y el Caribe, como saben la región centroamericana y el caribe ocupan el segundo lugar de embarazo adolescente, después de África, con una tasa cercana a 100 embarazos por cada mil adolescentes. Para el 2018 el 20% de los partos en la región correspondió a las menores de 20 años. Y para los países centroamericanos, los países con la tasa más alta de fecundidad, en el orden que se presentan son Guatemala, Nicaragua y Panamá; en el Caribe tenemos República Dominicana.

¿Qué es lo que estamos viendo como comisiones en Centroamérica que se convierten en barreras o realmente que las adolescentes y las niñas no les permiten acceder a un servicio? En Centroamérica la penalización absoluta del aborto, o sea tenemos tres países de la región que definitivamente las niñas que pasan por embarazos impuestos no pueden acceder a una interrupción. Honduras, Nicaragua y El Salvador están en esta situación. Guatemala lo permite por causar salud, pero sabemos y hemos estado acompañando y haciendo investigación sobre la situación y no hay un solo caso de acceso a una interrupción por causar salud en todo el sistema público de salud, así es que realmente no es accesible. Y en el caso de Panamá, a pesar de que se permite, una de las causales es violación sexual, la ley establece hasta 8 semanas, como sabemos eso es sumamente complicado y sobre todo en una menor, que el familiar, la mamá, el tutor o tutora pueda identificar que una niña está embarazada hasta las 8 semanas de relaciones, entonces sí, definitivamente tampoco es un servicio accesible e igualmente en Costa Rica no hay registro de interrupciones de embarazo. Lo segundo, tenemos todas estas barreras institucionales para acceder a aborto legal, incluyendo en este caso, podemos mencionar México, sabemos que hay situaciones diferentes como ciudad de México, Oaxaca, Hidalgo y ayer celebrábamos todas, el caso de Veracruz, pero el cambio legal, el punto de partida de la situación, cómo realmente logramos hacer accesible los servicios de aborto en todas entidades e igualmente luego vamos a ver rápidamente los datos de las clínicas en ciudad de México y cuál es la situación por causales en todo el país. Lo tercero es la criminalización durante las emergencias obstétricas, igualmente vemos que los casos, sobre todo en El Salvador, de todas las mujeres y adolescentes que han sido encarceladas por presentar realmente emergencias obstétricas que están documentadas de tal manera y están denunciadas por aborto u homicidio culposo. Y, por último, la falta de prevención y atención integral a las víctimas de violencia sexual, que ninguno de los países cuenta con los protocolos ni el compromiso del sistema para garantizar que las niñas van a estar bajo un sistema de protección y acompañamiento que requieren en el caso de una violación.

Esto nos lleva riesgos y consecuencias complejas, en el caso de México, sabemos que las menores de 15 años cuando se embarazan tienen un riesgo mucho mayor de presentar complicaciones durante el embarazo, dentro de las cuales se menciona la eclampsia, la anemia, la hemorragia y la endometritis puerperal, vemos los número que la secretaría de salud está

registrando por complicaciones, y por el otro lado tenemos que existen un número de funciones maternas que está relacionada con las mujeres entre 15 y 24 años y lo vemos de esta manera porque los datos para menores de 15 años todavía son bastante inciertos, pero la idea de esta lámina es mostrar cómo la hemorragia obstétrica que se identifica como un riesgo para las menores de 15 años, la enfermedad hipertensiva, la eclampsia o todo lo que tiene que ver con problemas como el edema, el exceso de proteínas, etc. son los porcentajes más altos, son casi el 50% de muertes maternas que observamos en mujeres, en jóvenes y adolescentes de 24 años. Igualmente vemos para el 2016 en México, vemos que el 1.3% del total los años de vidas saludables perdidas se dio en el grupo de niñas de 10 a 14 años y un porcentaje más alto para el grupo de 15 a 19 años; lo que quisiera recalcar de esta lámina son dos aspectos: primero que las adolescentes embarazadas son propensas a estas complicaciones psicosociales, no solo lo que veíamos en la lámina anterior que son asuntos más clínicos y que todas estas complicaciones psicosociales pueden llevarla al intento de suicidio o suicidio; y también mencionar que se enfrentan a mayores dificultades para acceder a un servicio de aborto aunque este sea permitido, lo cual las coloca en una situación de abortos inseguros, a semanas de gestación mayores, a ciertas complicaciones y potencial muerte por aborto inseguro. Lo que les mencionaba de México, tenemos que, de acuerdo con los datos de secretaría de salud, las interrupciones del embarazo a nivel país fueron 234,513 hasta marzo de este año, desde que llevamos estos registros desde el 2007, vemos que el gran número, por supuesto, se da en ciudad de México y luego en el estado conexo que es el estado de México, y de estas, solo el 0.7% son procedimientos que sucedieron en niñas y adolescentes entre 11 y 14 años. Realmente no están teniendo acceso a la interrupción legal del embarazo las menores de edad con embarazo impuesto.

En el caso de Nicaragua, como mencionaba, se penalizó el aborto terapéutico desde el 2006, tenemos un número importante y, lo más preocupante, el incremento de nacimientos por parto de niñas entre 10 y 14 años, hay 1,600 casos en promedio cada año. El instituto de medicina legal y la policía nacional registran también un incremento de peritajes y denuncias por violación en menores de 15 años. Hay abandono del sistema escolar de las niñas al estar embarazadas y no hay posibilidad de reincorporación. Y además hay una afectación psicológica como ansiedad, depresión, frustración, enojo o frustración. Hace unos años en el 2016, se hizo un estudio cualitativo a 15 niñas que habían sido abusadas y que fueron obligadas a parir por la falta de opción de interrumpir un embarazo y la idea de esta imagen es mostrar esta imagen es mostrar cómo vemos nada más la punta del iceberg, la policía nos decía que reciben en promedio 1,000 denuncias cada año por violación, tres por día, el ministerio nos dice 1600 embarazos infantiles cada año y que terminan en un parto, es decir, 4 por día. Sabemos que más o menos el 16% de las niñas que fueron violadas terminan embarazadas y llegan a nuestro sistema de salud, es decir que el promedio real que son víctimas de violación es cerca de 1000, es decir, 30 por día. Y la respuesta general del sistema en Nicaragua como ven, de todos los casos que se hizo este análisis cualitativo, solo la mitad de los agresores fue capturado, el Ministerio de la Familia no facilitó ninguna información sobre la ruta legal que debían seguir las niñas y su familia, hubo muy poca coordinación con el Ministerio Público, el sistema de justicia solo dictó condena al 30% de ese 50% y definitivamente hay una falta de coordinación para dictar todas las medidas cautelares que necesitan las niñas para garantizar su seguridad. Desde el sector salud, la atención fue 100% en todos los casos centrados en el embarazo y en

el riesgo obstétrico, la condición de la víctima como una niña que sufrió violación pasó a un segundo plano, no hubo ningún tipo de atención integral y, por supuesto, se dio la revictimización. Entonces el enfoque institucional fue aceptar el embarazo, centrarse en el nacimiento del producto del embarazo impuesto y aceptar la maternidad impuesta por el violador.

Muy rápido, en dos extractos de los testimonios de dos niñas, una nos decía que ella no quería contarle nada porque su mamá le iba a pegar y, como decía en el vídeo, la falta de credibilidad de lo que está diciendo la niña y tenía miedo, no quería decir nada, estaba preocupada y sus amigas le decían que no le pusiera mente porque eso era natural, que la violaran y que quedara embarazada; por otro lado, otra niña al referirse a la atención que recibió, nos dice: “en las consultas me daban mis pastillas, la doctora no me decía nada, me medían la barriga, me pesaban, solo me decían que no matara al niño porque los niños no tienen la culpa, mi mamá hablaba por mí, a veces no quería hablar yo”. Eso nos deja ver la situación que viven estas niñas que son obligadas a parir y obligadas a maternar cuando ni siquiera están conscientes de qué es lo que está sucediendo.

En el caso de Guatemala, FLACSO hizo un estudio muy interesante sobre el suicidio producto del embarazo no planificado y uno de las investigadoras decía que las decisiones de quitarse la vida son producidas por un brazo no planificado, no deseada, que a su vez devela la limitada autonomía y empoderamiento de las adolescentes sobre sus cuerpos y decisiones, la violencia sexual de la que pueden ser víctimas y la limitada educación sobre una sexualidad integral, el escaso acceso a servicios de salud y ausencia de información en anticoncepción, prevención y otros cuidados de la salud. Entonces como decíamos, este es un tema multifactorial que empuja a las adolescentes a tomar decisiones tan trágicas como el suicidio. Este estudio nos presenta hasta el 2017 la gráfica de los suicidios por adolescentes de acuerdo con el grupo etario, en la partesuperior, el color más claro es el grupo de 10 a 14 y como vemos entre el 2009 y 2017 vemos un claro incremento en el número de casos.

Me detengo a ver el caso de Ana, solo mencionar que el final fue una niña violada a los 13 años que al final se suicida, pero la parte que quiero llamar su atención es el final que la policía acude a su casa, recoge la soga con que se quitó la vida la niña, como evidencia, le hacen preguntas a la mamá que la mamá no puede responder en ese momento y lo único que hicieron es entregar un acta de defunción que dice muerte por asfixia por suspensión.

Al final, nada más, compartirles rápidamente lo que vemos como recomendaciones para los gobiernos y los sistemas de salud, necesitamos generar políticas públicas y legislación con enfoque de derechos humanos, justicia social e identidad de género; necesitamos que los servicios de salud reproductiva para adolescentes tengan protocolos, lineamientos y guías con normas claras como nos mencionaba y nos compartía Mara; que el personal esté capacitado y actualizado; que se garanticen los insumos, los equipos y mobiliarios necesarios para atender a la adolescentes y a las niñas; que se definan estrategias para ampliar la información y frenar el estigma y la discriminación; que acompañemos las políticas de planificación familiar y de educación sexual integral; que abogemos por la legalidad de procedimientos de aborto seguro; y llevemos a cabo investigaciones que nos permitan tomar decisiones y definir estrategias que acerque a los servicios a las niñas y, por supuesto, todo este trabajo de las manos de organizaciones comunitarias para ampliar la información. Lo último, y en resumen, servicios que sean integrales, que sean sensibles a géneros, que reconozcan la autonomía de las menores,

que garanticen confidencialidad y privacidad adaptados para niñas y adolescentes, que busquen atención de salud y de procuración de justicia que incluyan el aborto legal, particularmente en casos de violencia sexual, que sean brindados por equipos multidisciplinarios.

### **Laura Gil - Panelista**

Yo quisiera compartirles las barreras de acceso para menores de 15 años que hemos identificado en Colombia. Primero quisiera decirles que es tan importante hablar de esto como barreras de acceso porque muchas veces vemos que la barrera empieza incluso desde lo teórico, vemos que existen protocolos de atención a menores embarazadas de 15 años o menores adolescentes y va de la prevención a la detección del embarazo, al control prenatal. Muchas veces esa es la ruta que se sigue o que desafortunadamente sería la mayoría de los protocolos antiguamente.

Afortunadamente ya hoy en día se ve mucho más incluido el tema de la interrupción voluntaria del embarazo en estos protocolos de atención, pero todavía vemos que tratan sobre el embarazo no deseado en menores de 15 años sin tener en cuenta ni siquiera mencionar la posibilidad de aborto, incluso en muchos países donde es legal. Para un rápido contexto en Colombia desde el año 2006 tenemos despenalización del aborto en tres causales y la más importante en la causal salud y desde entonces hemos logrado una incrementación y un acceso progresivo al aborto por la causal salud mental por el embarazo no deseado. Sin embargo, esto no quiere decir que el acceso sea absolutamente fácil y que esté resuelto todavía existen muchísimas barreras, pero las barreras que enfrentan las niñas son mucho peores que las que enfrentan las mujeres adultas.

Quiero contarles un caso, quiero ejemplificar con un caso. Johanna, este es un nombre ficticio tiene 12 años y tiene 12 semanas de embarazo ella estaba en séptimo de bachillerato era de un estatus socioeconómico bajo su madre es muy joven la tuvo a los 16 años, es cabeza de familia y tiene otros hermanos menores, ella acudió a Oriéntame. Oriéntame para quienes no lo conocen es la ONG que brinda la gran mayoría de abortos legales en Colombia, pero es una institución privada, es una fundación sin ánimo de lucro privada. Ella acude sola y expresa su deseo de interrumpir su embarazo. En esa visita se certifica su historia clínica que a su edad asumir la maternidad implica un riesgo para su salud mental y social pero que se le indica que por ser menor de 14 años debe volver con su madre para que ella firme el consentimiento informado.

Ella trató de conseguir el dinero habló con su madre y cuando finalmente habló con su madre quién le apoyó totalmente ya había llegado a las 15 semanas en esa época estoy hablando de un caso de hace bastantes años del 2011. Oriéntame sólo atendía hasta las 15 semanas en este momento ya no es así ya se ha avanzado la gestación hasta la estación, pero en ese momento no era así. A esta niña se le ofrece que entonces que vaya a su aseguradora de salud aquí en Colombia le llamamos EPS y el médico le dice que simplemente ella tiene una reacción de ajuste que es tristeza y angustia son pasajeras que después se va a sentir mejor, que su salud física no está en riesgo ya que va a entrar a un programa de obstetricia de alto riesgo con un control riguroso que le va a evitar cualquier complicación y le explica que muchas mujeres de su edad cursan el embarazo sin ningún problema y que por lo tanto no tiene una causa legal para su interrupción. Su madre desesperada pues ante esta situación interpone una tutela que es una demanda por derechos fundamentales que se respondía rápidamente y el juez deniega la

ampara, es decir, dice que si su aseguradora en salud no le ha dado un certificado de parte de un médico de su red y que además si tiene pues ya las 18 semanas no es posible hacer la interrupción del embarazo.

Esto no es un caso sólo del que escuchamos en el día a día, yo creo que muchos de los que están acá se sienten identificados con este caso, sino que además llegó a la corte constitucional se convirtió en una sentencia de revisión de tutela, esto es muy importante para nosotros en Colombia y sería ideal que hubiera muchos más de estos casos no de barrera sino de denuncias de revisión de estos casos en Latinoamérica ya que ayuda muchísimo a mejorar el acceso.

Quisiera contarles partes de estas frases que se leen en la sentencia de esta paciente. Le dicen que su vida no corre inminente peligro, también le dicen que han atendido a niñas de hasta 9 años y no les ha pasado absolutamente nada. Dicen que no hay una orden médica aprobada, muchas veces se entiende que el requisito para la IVE por causa de salud que se llama certificado médico, se entiende como un permiso o una orden (claramente para que un seguro cubra una atención en salud tiene que haber una orden médica, pero eso es un trámite administrativo, que lo que hace es posibilitar el pago de servicio de salud; sin embargo, el médico nunca ordena, ni autoriza, ni aconseja un aborto, simplemente certifica que existe un riesgo y esto existía porque Oriéntame ya le había dado su certificado. No existía por parte de un médico de aseguradora, pero sí existía una certeza de que existía un riesgo). También le dijeron que la interrupción -el juez, esto no es un médico- la interrupción puede realizarse sin riesgo para la vida de la madre hasta las 8 semanas y también le dijo a alguien administrativo en su aseguradora salud que se compadeció niña a su madre que interpusieron una denuncia falsa de violación y que seguramente le iban a atender corriendo. Recordemos que esta niña tiene 12 años, a los 12 años en Colombia o por debajo los 14 años se considera de facto un abuso sexual y de hecho habido casos en los que la corte constitucional dice que no se necesita una denuncia que es el requisito usual, sino que con simplemente que la niña está embarazada ya se evidencia que habido un abuso sexual.

Entonces quiero con base en este caso hablar de las barreras, ustedes vieron que yo tenía unos subrayados en todos los textos y yo quisiera identificar todas las barreras que son muy frecuentes en Latinoamérica porque en este caso se ven todas, entonces para mí el primer problema, la primera barrera, que tenemos en general para el aborto pero mucho más para las adolescentes es la interpretación de la causal salud ustedes ven que en Latinoamérica todos los países que están en amarillo, en rojo, tienen causal salud y causal vida y pues por supuesto tienen aborto demanda como en Argentina y Uruguay. Los únicos países en los que la legislación si es una barrera completa es en Nicaragua, Honduras, El Salvador, República Dominicana; es decir, Centroamérica y gran parte de Sudamérica tienen causal salud y causal vida y esto que implica que si bien las leyes restrictivas existe el derecho para cualquier niña embarazada de abortar, entonces la única solución no es cambiar la ley. Claro, todos quisiéramos que se flexibilizara, sin embargo, esta no es la única solución y muchas veces estamos esperando que nos caiga una solución del cielo y realmente la solución la tenemos nosotros en nuestras manos. Quienes somos activistas, quienes somos prestadores de servicio, quienes trabajamos en el sector salud.

Muchas veces la causal salud en el caso concreto las niñas se reducen a el riesgo durante el embarazo y se reconoce que hay un riesgo obstétrico aumentado, eso es clarísimo, pero muy pocas veces se tiene en cuenta que la ley de causas de salud está hecha en los países para evitar los riesgos asociados a asumir la maternidad, nunca, ninguna ley que yo conozca dice que el

embarazo o la duración del embarazo o mientras está embarazada hay un riesgo para su salud, dice cuando la continuación del embarazo signifique un riesgo para su salud, y esa continuación de su embarazo implica el resto de la vida de la niña si es obligada a materner.

Muchas veces también se habla del riesgo de aborto versus el riesgo de parto y hemos escuchado muchísimos casos en los cuales le dicen a la niña que, si bien podría tener derecho, el riesgo de abortar es mayor que el riesgo al parto, esto todos quienes trabajamos en salud sabemos que no es así y además existe suficiente evidencia -y se cae la lógica donde hay poca evidencia- para entender que una niña se expone más su vida y su salud en un parto que en un aborto. Incluso, si el aborto teóricamente fuera más riesgoso por la razón que fuera o porque estuviéramos en otro planeta, claramente es una elección. Es decir, a uno no le pueden obligar elegir la acción de menor riesgo e incluso así porque habrá quienes aduzcan que ellos han visto niñas morir el aborto porque es muy difícil de hacerlo así sea un aborto seguro, pues también es una lección si ellas quisieran tomar el camino de más riesgo. Otro muy importante es que muchas veces dicen es que eso no va a curar a la niña de nada y eso es porque muchas veces hablamos de la causal salud como el aborto terapéutico y un aborto terapéutico no necesariamente significa que la vamos a curar de nada significa que estamos haciendo una intervención que va a mejorar su salud. ¿Y por qué va a mejorar su salud o sus probabilidades en salud? Porque va a evitar un riesgo. Entonces no tiene que ser terapéutico en el sentido de tratamiento sino en el sentido de evitar un riesgo para su salud futura.

Entonces estas próximas diapositivas no las voy a ver en detalle, son parte de otra presentación que ya mis compañeras han hecho de forma amplia y me imagino que en estos días reunión también las han revisado, pero quiero mostrarles la evidencia que soporta como un médico o una médica o el sistema salud no le puede decir a una niña que un embarazo no pone en riesgo su salud. Primero, qué dice la teoría, la teoría dice que la privación económica trae pobreza y mala salud. La desventaja social está asociada a un bajo nivel educativo y está asociado a un menor potencial económico y personal durante la vida. En cuanto al soporte social, las madres solteras tienen mucho más riesgo de aislamiento social y de disfunción familiar y por tanto eso afecta su salud social. Y en cuanto al desarrollo psicológico qué dice, que la crisis de la adolescencia más una crisis del embarazo, representa una carga física y psicológica que provoca un mayor riesgo de desórdenes físicos y mentales asociados al estrés.

Digamos que esto es la parte teórica, pero tenemos un gran cuerpo de evidencia, miren la tasa de depresión durante el embarazo en adolescentes: mayor riesgo de depresión en la vida adulta. Menos riesgo de depresión entre más edad haya tenido la mujer al casarse, más educación, menos desempleo y mejor estado de salud. ¿Qué pasa con el riesgo para la salud social? Mayor pobreza, sobre todo en los hispanos, esto es un estudio realizado en los Estados Unidos, baja escolaridad que hace que persista la brecha, la pobreza para muchas mujeres adolescentes o niñas embarazadas, dependencia a ayudas del estado, mayor disfunción familiar y esto es incluso después de corregir por factores de confusión como el bajo nivel socioeconómico. ¿Qué pasa con la educación, que es parte de la salud social? La maternidad en la adolescencia versus a los 30 años, hace que en promedio haya dos años de diferencia en escolaridad. Alguien me dirá “es entre tener y no tener una maestría, pues no es mucho”, pero es que estamos hablando de que esos dos años pueden hacer la diferencia entre tener o no educación superior. 70% menos de probabilidad de que una niña o una adolescente embarazada logre su educación superior. Esto hace que se afecte a la salud social sin duda.

Todos los riesgos obstétricos ya los mencionaron, no lo voy a repetir. Y un riesgo importante es la de la mortalidad materna, las niñas se mueren cuatro veces más que las adultas, eso es un hecho. Entonces donde existe sólo la causal vida también aplica el aborto legal para las adolescentes y las niñas porque es un riesgo altísimo de morir. Los riesgos a largo plazo, muchas veces pensamos que la niña está deprimida ahora, en que la niña está confundida, pero resulta que estamos hablando de la salud mental a largo plazo, mayor depresión de la vida adulta e incluso, a largo plazo, mayor mortalidad temprana por muchas enfermedades que pueden tener que ver con los periodos de estrés y con los periodos de alta producción de cortisol que tiene una mujer cuando sufre un trauma como la maternidad forzada sobre todo la adolescencia.

Esto sobre la salud y sobre el riesgo. Recordemos que la causal salud es evidenciar un riesgo para la salud ante la duda la existencia o de la gravedad de las consecuencias, tiene que considerarse como existente. No le pueden exigir a la adolescente que ya haya salido del colegio, no le pueden exigir que ya tenga la depresión ni considerar que si no está deprimida no está dentro de la causal salud. La existencia del riesgo es precisamente eso, la potencialidad de que estos vaya a suceder. Importantísimo hay que reconocer que la subestimación o la desestimación del riesgo genera una responsabilidad profesional.

También existen barreras a nivel de la interpretación de la causal violación. Ya la mencioné, es la edad legal mínima para consentir las relaciones sexuales. Entonces muchas niñas dicen que consintieron la relación sexual, pero resulta que están una relación abusiva porque era con un hombre o con un muchacho mayor y esto hace que sea una relación sexual ilegal en los países en donde existe esta barrera de la edad para consentir las relaciones sexuales. Entonces no tiene que haber sido una violación, no tiene que haber sido un incesto. Las relaciones sexuales a menores de 14 años en la mayoría de los países de la región se consideran ilegales y son por lo tanto causal violación.

La gestacional es otra de las barreras grandes, porque es mucho más probable que una niña consulte de forma más avanzada en el embarazo que una adulta o una adolescente de más de 15 años. Fíjense en esta estadística de Orienta. En mujeres mayores de 15 semanas, el 1% son de 14 años o menos y sólo el 0,4% son de 14 años o menos, es 2.5 veces más riesgo de que dentro de ese grupo de mujeres con más de 15 semanas en el momento de contestar, haya niñas. Es un montón de riesgo. Eso responde a muchos factores: ciclos irregulares, quedan embarazadas antes de la primera menstruación, falta de conocimiento de su cuerpo producto del abuso sexual, también cuando existen límites legales o técnicos o estigma las niñas se demoran muchísimo más en conseguir los servicios y cuando los consiguen todos estos límites también hacen que se establezcan límites artificiales para la atención. En Colombia por ejemplo no hay límites para la atención. Sin embargo, hay países en los que tampoco hay límites. Se inventan una norma inferior al código penal o a la sentencia constitucional que ha emitido la causal violación y le ponen un límite de 20, de 22, de 8. También hay límites técnicos, es decir, de personas que no saben pintar servicios por encima cierta edad gestacional y por supuesto existe mucho estigma y yo pienso que es esta es la principal barrera.

La otra barrera son los permisos, muchas veces la gente se confunde entre la edad legal para firmar un consentimiento informado, es decir, la capacidad de firmar contratos civiles como es un consentimiento informado versus la capacidad o el derecho a expresar sus deseos o su decisión. Es decir, según la convención de los derechos de los niños, todos los niños tienen el

derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo, obviamente bajo el precepto de una capacidad evolutiva pero siempre se debe reconocer de primera mano la voluntad del niño o la niña. Otra cosa diferente es el trámite de papeleo de la firma del consentimiento informado. No son lo mismo, es decir, si no hay quien firme el consentimiento informado los países en donde existe esta norma, no quiere decir que la mujer no tenga derecho a un aborto, tiene derecho a decidir sobre su cuerpo lo que pasa es que hay que hacer un trámite administrativo. Nuevamente se parece al trámite administrativo del pago versus la certificación del riesgo para la salud.

Muchas veces hay exigencia de acompañante, incluso como un requisito adicional, no como parte de la ley porque hay temor de que haya problemas legales cuando se atiende a menores embarazadas porque pueden cambiar de opinión, porque pueda que estén siendo víctimas de coerción y todo esto se soluciona no exigiendo cosas nuevas sino haciendo una orientación específica para niñas y para adolescentes que permita identificar la coerción pero que también permita reafirmar a la niña la decisión o identificar si existen otros factores que tengan un papel importante y que puedan aumentar los riesgos legales, sociales o de salud para esa niña.

Otra barrera grande, en Colombia vemos el sector protección. A veces el sector de protección de menores, en el momento en que una niña queda embarazada, parece que el menor se convirtiera en el feto y se nos olvida que hay una niña ahí y muchas veces en Colombia hemos visto retenciones ilegales en centros de restitución de derechos de niñas que quieren abortar y que son recluidas para tratar de convencerlas, para hacer unos trámites administrativos y que cuando llega les dan salida de estos centros incluso sin haber tenido la necesidad ya es muy tarde para que consigan un aborto. Y muchas veces bajo amenazas o mentiras desafortunadamente también se ponen requisitos adicionales por ejemplo el acompañamiento, pero muchas veces les exigen que sean valoradas por otros especialistas como psiquiatras para ver como están de salud mental (ininteligible) y esto toma una especial importancia en Colombia ante la gran mayoría de servicios de aborto legal y seguro. Desafortunadamente, son de pago directo; es decir, muchas mujeres no logran hacer por su seguro de salud a pesar de que tiene que estar cubierto.

También el juzgamiento, muchas mujeres se ven juzgadas, las niñas se ven juzgadas por haber decidido tener relaciones sexuales a temprana, muchas se ven expuestas a denuncias por aborto incluso cuando simplemente han expresado el deseo de abortar, entonces no sólo les niegan el derecho a pesar de que los tienen sino que además les dicen que las van a denunciar o las reportan al bienestar familiar o al sector protección para que le hagan un seguimiento al embarazo no a la niña, nuevamente el menor protegido se convierte en el feto y no en la niña. La brecha de confidencialidad que surge cuando hay denuncias por abusosexual, es decir, esta es una discusión de no acabar, pero muchas veces se ha resuelto de manera que se debe denunciar el embarazo de una menor de 14 años, pues de acuerdo a lo que diga la ley, pero solo si esto beneficia a la menor y si se ha conversado con ella. Muchas veces dicen "no, por la ley hay que denunciarlo" nuevamente digo, esto no es algo que podamos discutir acá, pero esto si crea una brecha de confidencialidad porque muchas niñas saben que pueden denunciar a su novio o a su familiar y prefieren no consultar o irse por un aborto inseguro y esto no va a favor del bien superior de la niña.

Por último, quiero mostrarles esta estadística. Les voy a contar que la mesa por la vida y la salud de las mujeres se han atendido 1275 casos de mujeres que han encontrado barreras y el 5% ha

sido menor de 15 años, pero ustedes dirán "no, bueno el 5% no es mucho" pero recuerden que en Orienta donde se brinda atención y se brinda acceso por embarazo no deseado es sólo el 1% de las niñas. O sea esta proporción es 5 veces más cuando miramos un grupo de mujeres no que accederán al aborto sino que tuvieron barreras y las tuvieron que acompañar desde el punto de vista legal para tener un aborto, entonces claramente hay barreras. Miren las diferencias entre el grupo de menores de 15 años y las mayores. Ruralidad 18% vs 8%, violencia sexual más de la mitad fueron víctimas de la violencia sexual y solo hablando de las que dijeron que no habían tenido relaciones sexuales consentidas porque muchos de estos igual se considera violencia sexual por ser menores de 14 años. El agresor conocido, la mitad versus sólo un quinto de las mujeres adultas. ¿En que se cruzan todas estas historias? Maltrato, por el sistema salud, engaños, mentiras, maximización de los riesgos, coerción para tratar de convencerla de que no aborten, y dilación.

Esto no lo voy a mostrar, esto es básicamente el certificado que se envió para esa niña del caso que les mostré son... con gusto se los comparto ahora con el chat si quieren, pero es básicamente lo que se escribió sobre el riesgo para el adolescente y la niña en caso de tener que continuar un embarazo. Quiero contarles que dijo la corte constitucional en la tutela en la sentencia que les comenté. Primero revocar el fallo del juez de primera instancia porque obviamente el juez no tenía razón, si existió una causal; segundo, reservar identidad para evitar sospechas de confidencialidad, tercero indemnizar a la niña porque la niña tuvo que continuar el embarazo y al momento de la revisión por la corte constitucional el bebé tenía un mes de edad, prevenir a la EPS sobre el error que cometió y sobre que no puede volverlo hacer en futuros casos e investigarla para ver si aplica una sanción e informar por parte de una EPS a todas las aseguradoras de EPS que tienen la obligación de atender en 5 días y de aceptar conceptos de médicos externos como certificado de salud.

Ya para despedirme quiero decir mis recomendaciones en cuanto a cada una de estas barreras. Muchos de nosotros pensamos que las soluciones están en la ley y por supuesto la ley puede ayudar muchísimo pero también muchas de nuestras soluciones están en nuestras manos haciendo abogacía porque cambian las normas, los protocolos o incluso las tomas de decisiones a nivel de nuestros hospitales, nuestros sitios de trabajo. Las guías y los protocolos sean locales de nacionales o de nuestro sitio de trabajo deben incluir a la causal salud (aborto terapéutico) como presente en toda menor de 15 años. Ya vimos que hay suficiente evidencia. Se tiene que conceptualizar el riesgo de manera adecuada. Hay que establecer unas pautas de orientación diferencial para las niñas, que permitan que ellas expresen su voluntad y se identifiquen cualquier problema que tengan adicional por su edad. Evitar los límites gestacionales a toda costa. Minimizar la necesidad de permiso, establecer mecanismos claros de consentimiento informado. Es decir, sabemos que algunas niñas no pueden firmar los consentimientos informados en países, pero hay que decir exactamente que hay que hacer, ir donde un juez de familia, ir donde una persona administrativa, es decir que hay que tener claramente el mecanismo a seguir. Establecer unos límites de tiempo de respuesta y una prohibición de requisitos adicionales, establecer obligaciones claras del sector protección con las niñas y no con los fetos y hacer unos lineamientos sobre la denuncia y sobre el deporte de los embarazos en menores de 14 años y sobre la prohibición de denunciar a las niñas que han abortado un embarazo no deseado. Por supuesto yo siempre digo, sé que es difícil para las mujeres enfrentar esto, pero, los casos emblemáticos o la denuncia de casos siempre nos ayuda como les pudo

demostrar con esa sentencia en la cual mejoró en gran parte el acceso a las adolescentes y las niñas a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.

### **Panelista - Susana Chávez**

Lo que yo voy a presentar tiene que ver mucho con lo que hemos desarrollado en todo este periodo y que se basa en estos cuatro documentos marcos y cómo hemos llegado finalmente a contar con lineamientos para el diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional, que además está en español y está en portugués. Tiene que ver con ese documento de embarazo y maternidad en niñas adolescentes, que es un compendio que responde a salud pública, derechos humanos y que ha sido elaborado por especialistas en la materia, Juan Carlos Escobar, Sonia Ariza y Victoria Keller. También tenemos los costos de reparación que es decir cuando se violenta el derecho y se obliga a una niña a continuar con un embarazo, esto tiene implicancias para el resarcimiento. Y el otro documento marco que también ha sido parte de toda esta discusión de este conjunto de actividades que es atención integral del aborto, cuyo autor lo vemos aquí al frente.

Entonces dicho esto, lo que voy a señalar primero son algunas condiciones previas -que ya se han señalado acá también- que cuando estamos hablando de embarazo en niñas menores de 15 y particularmente menores de 14 donde inclusive la ley así lo señala, estamos hablando en mucha proporción de aspectos que tienen que ver con la violación sexual. No todos los embarazos, pero una gran proporción. Tenemos un serio problema y justamente lo decía Laura. Es un delito grave pero también de altísima impunidad e investigaciones diversas nos hablan de que más o menos se conoce en general el 5% de los casos que producen los actos de violación en los países de mejores condiciones y hay lugares donde esto reduce, pero enormemente al 0.01%.

Lo segundo, que además la violación siendo altamente extendida, el embarazo corresponde una pequeña proporción, pero eso no significa como decía Laura que sea insignificante pero que sí tomemos en cuenta que en este gran universo hay un grupo de niñas que definitivamente se embarazan y eso tiene que ver con todas las explicaciones que inclusive se tuvo desde primer día con el asunto de estimulación sexual. Y el otro tema que creo que también es muy duro reconocerlo y también se ha señalado, casi siempre cuando una niña va a un consultorio médico el embarazo no está dentro del panorama y definitivamente esto también genera dificultades para identificarlo. Pero en ese sentido digamos que las barreras con este antecedente donde ya es un tema difícil, doloroso, tremendo también se estructuran ya estás barreras que tienen que ver respecto al propio abordaje del aborto.

Se ha señalado y estoy totalmente de acuerdo que las restricciones legales en la mayoría de los países casi en todos ya han superado esta dicotomía la mujer o el feto, y más bien los países que tienen alguna causal de aborto ya han puesto sobre la mesa el derecho de las mujeres a la vida en digamos y no tanto el derecho del feto entonces creo que hay que comenzar por ahí. Pero lo que hay que reconocer es que esta criminalización y su existencia nos generan contextos adversos. Que no se necesita cambiar la ley es totalmente cierto, pero que nos generan contextos adversos y estamos discutiendo de esto justamente porque hay una criminalización del aborto y aunque las bendiciones tienden digamos a reducir este impacto para las mujeres de mayor vulnerabilidad también tenemos que reconocer que muchas veces abren puertas a la arbitrariedad "a quién atiendo", "quien es la víctima perfecta", "ella no me parece que sea así",

entonces eso es algo también que hay que comenzar a incorporarlo para poderlo abordar, también efectivamente tenemos políticas y que tienen que ver con la ausencia de incumplimiento o directivas que complejizan por ejemplo nosotros tenemos aquí la famosa junta médica o tenemos el tema de la denuncia o las justificaciones, las evaluaciones no justificadas no, y también definitivamente no estamos ajenos a la cultura ni a la influencia por lo tanto hay expresiones que tienen que ver con reacciones de rechazo por parte del personal de salud el escaso reconocimiento que hay todavía los derechos de las niñas y las adolescentes y por supuesto también intervienen las valoraciones sobre la sexualidad y el propio aborto.

Entonces, ¿qué restricciones arbitrarias hay? Ya se han mencionado, está relativización del riesgo a la salud que implica cuando es una niña menor de 15 años, allí se pone en duda, se cuestiona y realmente a pesar de todo lo que señalan las evidencias, se ignora esta capacidad progresiva de las niñas a decidir, se focaliza muchas veces en la salud física y poco en la salud mental y más aún en países donde la salud mental es recién una formación o emergente o es una práctica clínica que recién está tomando valor. Y por supuesto se superpone ser riesgo inminente a la muerte a la preservación del derecho a la salud que justamente se señalaba también en las anteriores presentaciones. El otro elemento es que se plantea sacrificios extremos, el embarazo impuesto ya es un sacrificio extremo, pero estos sacrificios extremos se imponen frente a situaciones críticas como por el ejemplo el límite en la edad gestacional, donde se condiciona justamente el derecho de las niñas a la protección del embarazo.

¿Qué actos son considerados barreras? Creo que se ha hecho una excelente lista, yo no voy a redundar mucho en el tema. El tema de la juntas médicas, de impedir a las niñas menores de 14 años a exteriorizar su consentimiento, a imponer requisitos adicionales que no están en el marco de la ley, autorizaciones familiares, alegar objeciones de conciencia colectiva, institucional y lo que se va extendiendo, a descalificar conceptos médicos que son expedidos por otros profesionales, psicólogos, médicos generales -y eso también está obstruyendo el acceso a las niñas porque la niña no puede tener la mala suerte de nacer en una provincia lejana donde no hay especialistas-, obstaculizar referencias y contrarreferencias y a no disponer de servicios -y eso nos pasa mucho en el Perú en ámbitos territoriales donde no existen servicios y que muchas veces tendrían que recurrir o a la clandestinidad o a la capital.

¿Qué aspectos deberían revisarse? Aquí yo lo dejo simplemente como una pequeña lista.

¿Dónde atender a las niñas adolescentes menores de 15 años? ¿En las salas de maternidad de mujeres adultas? ¿Salas pediátricas? ¿Lugares de atención de los niños? Es una pregunta que creo que tendríamos que comenzar a hacernos para comenzar a cambiar. La junta médica. En realidad, ¿qué puede determinar la junta médica frente al riesgo de la salud si ser menor de 14 años o 15 años ya es una situación de riesgo? ¿Es una obstrucción más en el caso del embarazo de las niñas pequeñas? El tema del seguimiento. ¿En qué momento termina la atención de la niña con embarazo no intencional, con el aborto o con el parto o esto es un asunto que tiene que extenderse?

Aquí hicimos un ejercicio y logramos generar un consenso cuando discutimos los lineamientos para el diseño de protocolo, guías de atención, políticas sanitarias. ¿Qué no puede incluir un protocolo? Casi nunca se habla de este tipo de cosas y creo que sí ha sido importante colocar ese tema. Uno, asumir la naturalización y el deseo del embarazo en las niñas y adolescentes. Ese es el factor que tiende a colocarse en primera línea. El segundo es el de asumir que se trata de relaciones sexuales consentidas y convocar a la pareja sin una evaluación integral y expreso

consentimiento de la niña o adolescente porque allí puede estar justamente el causante de la violación. Invisibilizar la coacción, la violencia y el abuso que puede estar sometidas las niñas adolescentes en su entorno familiar, sobre todo porque ese puede ser la situación que ha derivado en este embarazo no intencional. Lo terrible que siempre ocurre es asumir que la niña o adolescente no habló a tiempo, que hay una culpabilización sin entender la dinámica de la violencia sexual o “que no se cuidó porque no quería”. Eso también es una situación sumamente compleja porque se asume que el tema que exista actividad sexual ya coloca a las niñas en una situación de madurez que definitivamente no necesariamente existe. Y la última que creo que es la recomendación más importante: considerar el embarazo en niñas y menores de 15 años como situaciones excepcionales y, por lo tanto, no deberían establecerse límites en la edad gestacional. Se trata de situaciones críticas y por lo tanto tienen que verse individualmente y sin estas consideraciones que limiten.

Voy a terminar señalando que lo que estamos tratando de generar es una corriente de opinión, es poner las evidencias en las manos de quienes puedan decidir y que pueden cambiar el rumbo de una historia totalmente conocida como dice nuestro eslogan "No se trata de historias ficticias se trata de billones de historias reales".

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

### **María:**

Nos ha llevado justo pues casi 5 años para lograrlo en el estado de Veracruz - México. Ayer tuvo lugar la aprobación de la despenalización del aborto hasta las 12 semanas y esto qué implica, implica un gran paso a favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos al despenalizar el aborto en el estado hasta las 12 semanas de gestación para las mujeres y las niñas y personas con capacidades de gestar que así lo decidan. Además, incorpora la causal salud, se elimina el plazo límite de 90 días para las víctimas de violencia sexual, se establecen las penas más bajas en todo el país por el delito de aborto a partir de la décima tercera semana y entre otras modificaciones para garantizar la salud y el ejercicio de los DDHH. Esto de verdad es un gran logro de nuestros compañeros, de las organizaciones, de la sociedad civil y, bueno, de los legisladores también que escucharon a partir de todos estos años desde la reforma a la norma 046 en el 2016 y que nos ha llevado a batallar contra los obstáculos que enfrentan las niñas para acceder a un servicio de aborto legal y seguro. Entonces esto es importantísimo decirlo, que fuimos una sólida articulación feminista en el estado de Veracruz con muchas compañeras abogadas, sociedad civil, investigadores de la universidad veracruzana, académicas, justo que formaron parte también de los grupos de trabajo en el tema de la alerta de violencia de género por agravio comparado, que justo le dio seguimiento el frente veracruzano por la vida y los derechos de las mujeres en donde se articulan muchísimas organizaciones del Estado colectivas, mujeres jóvenes emprendedoras, que de verdad esto es un logro de todas las mujeres y, bueno, de las organizaciones de la articulación de católicas por el derecho a decidir de GIRE, de MEXFAM, del observatorio Nacional de feminicidios. De verdad, esto es un logro contundente después de 5 años de estar intentando una y otra vez que el congreso siguiera las recomendaciones establecidas en los artículos dentro de la alerta de violencia de género por agravio comparado, muchas gracias.

### **Mara Monteagudo:**

Agregar lo que quizás no lo dije, si bien la ley de IVE tiene un sistema mixto ahora, incorpora las causales después de la semana 14 y estas niñas pueden acceder a la ley, o sea la interrupción del embarazo en forma voluntaria hasta la semana 14, y después por los causales están incluidos porque, claro, peligro para la salud, peligro para la vida, entran en todas las causales. Tienen acceso por ambas partes, el problema es la edad gestacional avanzada y cómo hay que seguir trabajando en este concepto de riesgo de la niñez con un embarazo frente a una interrupción del embarazo para proteger a la niñez. Muchas veces se protege al feto y se piensa en algo tremendo con respecto a la intervención fetal y no a ese embarazo que obtura la posibilidad de una niñez saludable como corresponde y estamos todos pensando en lo difícil que es cuando hay procedimientos para poder en un embarazo avanzado.

### **Susana Chávez:**

Primero, muchísimas gracias. Es la primera vez que hemos hecho este evento y que ha tenido estas dimensiones y sobre todo muy contenta por el nivel de participación y todo el entusiasmo que ha significado en respuesta a esta iniciativa. Lo que quiero señalar rápidamente es que vamos a trabajar una relatoría, tanto resumida como completa de las presentaciones como solemos hacer en CLACAI cada vez que hemos hecho una conferencia, donde vamos a tener pequeños cortos de video de las presentaciones como solemos hacer, las PPT que van a estar disponibles para quien quiera acceder. Por otro lado, preguntaban si va haber certificados y nosotros creemos que sí va a haber certificado, pero vamos a solicitar una hoja de evaluación, por favor pongan todo lo que ustedes consideren como mejorar esta actividad y con el nombre completo para que los certificados respondan a lo que ustedes están planteando. Finalmente señalarles toda la disponibilidad de CLACAI para apoyar el desarrollo de eventos nacionales que puedan generar este debate y esta discusión. Entonces también se pueden poner en comunicación con nosotros para ponerlos en comunicación con estas organizaciones locales y así poder desde CLACAI apoyar con conexiones materiales con lo que podamos hacerlo para que esto sí sea una gran corriente de opinión. Por último, y de verdad quiero agradecer muchísimo a Guillermo Ortiz por toda su conducción, su pasión, su idea de efectivizar esto, a IPAS por el gran apoyo que nos ha dado no tan sólo con su tiempo sino con poner también a sus profesionales en todo este proceso de acompañamiento y además creo que nos llevamos con muchas ideas, con muchas ganancias colectivas y ahí quisiera yo dar un agradecimiento especial al ministerio de salud de Argentina porque aunque no vean su nombre quiero decirles que han sido un faro para Latinoamérica, han sido un faro que han llegado a desarrollar con mucho profesionalismo una serie de instrumentos y normativas que ha sido muy útil, por eso es que también es de es una conferencia en donde hemos ido involucrando a muchas y muchos profesionales de Argentina que nos han ayudado a inspirarnos y a seguir avanzando. Entonces yo agradezco profundamente a cada una de las personas que de la manera más desinteresada han contribuido a las organizaciones que se han sumado a (ininteligible), a todas las organizaciones en realidad, a todos los que somos integramos el mundo de CLACAI. Vamos a preparar sí quiero señalar pronto seguramente una conferencia sobre agotamiento profesional de los que están trabajando en la primera línea que creo que también es un tema sumamente importante, ya les estaremos informando y compartiendo esta noticia.