

Pautas orientativas para la detección temprana e intervención en casos de abuso sexual y/o embarazo forzado de niñas/es/os y adolescentes menores de 15 años

Documento técnico - estudio realizado en 2019

Argentina unida



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

Pautas orientativas para la detección temprana e intervención en casos de abuso sexual y/o embarazo forzado de niñas/es/os y adolescentes menores de 15 años

Documento técnico - estudio realizado en 2019

Autora

Silvia Chejter

Con la colaboración de Julieta Pojomovsky

Coordinación General

Silvina Ramos

Tamar Finzi

Natalia Gualdoni

Agradecimientos

Adriana Álvarez, Agostina Braggio, Alison Hadley, Analía Garmas, Andrea Berra, Claudia Damiani, Fabiola Schreiner, Florencia Altamirano, Irene Intebi, Marga Sissini, María Carpinati, Mariana Vera, Marta Fernández, Nélica Sissini, Sabrina Viola, Soledad Deza y Verónica Butinof.

Producción gráfica: Daniel P. Zárate

Edición y corrección: Andrea Franco

Diseño gráfico: Mauro Salerno

Cita sugerida:

Chejter, S. (2021) Pautas orientativas para la detección temprana e intervención en casos de abuso sexual y/o embarazo forzado de niñas/es/os y adolescentes menores de 15 años. Documento técnico - estudio realizado en 2019. 1a ed. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acción Social, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Chejter, Silvia

Pautas orientativas para la detección temprana e intervención en casos de abuso sexual y/o embarazo forzado de niñas/es/os y adolescentes menores de 15 años / Silvia Chejter ; coordinación general de Silvina Ramos ; Tamar Finzi ; Natalia Gualdoni. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-38-0302-8

1. Embarazo Adolescente. 2. Embarazos no Deseados. 3. Políticas Públicas. I. Ramos, Silvina, coord. II. Finzi, Tamar, coord. III. Gualdoni, Natalia, coord. IV. Título.
CDD 362.76

Este recurso fue realizado con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
ISSN: en trámite.

Ministerio de Salud de la Nación – Programa de las Naciones Unidas del Desarrollo (PNUD) 1º edición, Buenos Aires, diciembre 2020

Distribución gratuita.

En este documento se ha procurado no utilizar el lenguaje sexista. Por tales motivos, se utiliza la forma inclusiva “as/os” para aquellas palabras que exijan flexión de género.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Pautas orientativas para la detección temprana e intervención en casos de abuso sexual y/o embarazo forzado de niñas/es/os y adolescentes menores de 15 años

Documento técnico - estudio realizado en 2019



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

Presentación

En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 sobre Igualdad de Género, el Plan Enia (Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia) se propone contribuir en la prevención de los embarazos no intencionales en la adolescencia y, en particular, a realizar acciones que aborden la problemática de los embarazos forzados en niñas/es menores de 15 años víctimas de abuso sexual.

Entre octubre y diciembre de 2019, con el apoyo del PNUD Argentina (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), se realizó el estudio que se plasma en el presente texto como parte de una serie de instrumentos de apoyo a la gestión para enriquecer la reflexión sobre la problemática y para aportar a consolidar su abordaje y prevención.

En el año 2020, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó por resolución 1841/2020 el protocolo “Atención de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años. Hoja de Ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. 2a edición” realizado por Analía Messina, en el desarrollo de contenidos; por Juan Carlos Escobar, director de Adolescencias y Juventudes; y por Victoria Keller y María Inés Pérez, de la misma Dirección. Esta iniciativa, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se propone establecer criterios que otorguen uniformidad y una asistencia atenta, respetuosa y libre de prejuicio que contribuya a algunos de los vacíos señalados por el presente documento.

Índice

Abusos sexuales y embarazos forzados

Introducción	9
El corpus y la metodología	10

Parte I

1. Marco legal y políticas públicas	11
1.1. Sistema de protección integral. El principio de corresponsabilidad	12

Parte II

2. Las prácticas institucionales	14
2.1. Los organismos de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes	14
2.2. El sistema de salud	16
2.3. El servicio de administración de justicia	20
2.4. El sistema educativo	22
2.5. Principales obstáculos	23
2.6. Ausencia de estadísticas	25

Parte III

Avances	27
3. Abusos sexuales y embarazos forzados. Protocolos y guía para la acción	27

Parte IV

4. La perspectiva de las víctimas	29
4.1. Importancia de la dimensión socio cultural en la vivencia de las víctimas	29
Testimonio 1	31
Testimonio 2	33
Testimonio 3	34
Testimonio 4	34
4.2. Edad para “consentir, gestar y parir”	35

Parte V

5. Pautas orientativas para la intervención con perspectiva de género y generacional	37
--	----

Parte VI

6. Reflexiones finales	40
------------------------	----

Parte VII

7. Buenas prácticas	43
7.1. Sistema de salud	43
7.1.1. Estrategia en red para la atención de los abusos sexuales y embarazos de niñas y adolescentes - Chubut	43
7.1.2. Modelo de abordaje interdisciplinario. CESAC. Zona sur. Barrio de Villa Lugano. CABA	45
7.1.3. Consentimiento informado para gestar	47
7.1.4. Embarazo de niñas menores de 15 años. Modelo de intervención interinstitucional. Uruguay. Modelo de abordaje integral	52
7.1.5. Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Herramienta de trabajo para orientar a los equipos de salud. Argentina	53
7.2. Sistema educativo	54
7.2.1. Guía para la educación sexual integral. (CABA)	54
7.2.2. Programa de retención escolar de alumnas/os madres/padres y embarazadas en escuelas medias y técnicas. Ministerio de educación. CABA	55

Anexo

Comentarios bibliográficos seleccionados	57
--	----

Bibliografía

61

Abusos sexuales y embarazos forzados

Introducción

La articulación de ambas problemáticas es reciente y la emergencia de una y otra en nuestro país como objeto de políticas públicas no ha sido paralela. No es tema de este documento historiar ese proceso. Sólo recordar que la problemática de los abusos sexuales en la niñez¹ comienza a ser incluida en la agenda pública a partir de fines de los 80 y principios de los 90 y la de los embarazos forzados más tardíamente, en la década del 2000. Hasta muy recientemente, no hubo una política pública que articulara ambas cuestiones. Generalmente se las abordaba separadamente, aun cuando había intervenciones que encaraban ambas, pero no de manera institucional.

En estos últimos años el Plan Enia (Plan de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia) anuda ambas situaciones². De hecho este trabajo fue solicitado por el Plan Enia con la idea de que sea un insumo de trabajo interno para fortalecer el dispositivo de prevención y actuación de los abusos sexuales y embarazos forzados.

Los objetivos de este documento son:

- Aportar algunas reflexiones sobre aspectos desatendidos de la temática.
- Identificar avances realizados por integrantes de distintos sectores institucionales – Orga-nismos de Protección de Derechos, Sistema de Salud, Sistema Educativo, Servicio de Administración de Justicia.
- Contribuir a definir lineamientos o criterios para el cuarto objetivo del Plan Enia, que es “Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente”.

1) El concepto de abusos sexuales remite a todas las manifestaciones de la violencia sexual, incluidos en el capítulo “Delitos contra la Integridad”, del Código Penal Argentino.

2) Hasta el presente el Plan Enia se implementa en 36 departamentos seleccionados de 12 provincias, todas las que integran la región NOA, NEA y provincia de Buenos Aires.

El corpus y la metodología

Aunque no de modo exhaustivo, se ha recopilado bibliografía que incluye artículos publicados en revistas científicas, documentos de trabajo, investigaciones empíricas, guías y protocolos de acción tanto en Argentina como en otros países. El presente documento reúne y resume los resultados del análisis de una selección de estos documentos.

El corpus reunido es heterogéneo. La selección bibliográfica incluyó documentos médicos, socio-antropológicos que toman como eje la adolescencia, los embarazos y las maternidades, los abusos sexuales, a fin de ampliar la mirada y revisar conceptualizaciones o enfoques que subyacen a los distintos abordajes.

Se han realizado entrevistas a referentes y expertas en el tema. Se entrevistaron profesionales de la salud –médicas, obstétricas, psicólogas, abogadas, especialistas en la temática de abuso, trabajadoras sociales– todas integrantes del Sistema Público de Salud, del Sistema Educativo, de los Organismos de Protección de Derechos de NNA de distintas provincias, de UNICEF y de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir³.

3) Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir es una Red de Profesionales que trabajan en el ámbito de Salud, creada en 2014, que acompañan a todas las personas que decidan interrumpir sus embarazos y que está distribuida por todo el país. En la página web se puede acceder a todos los centros de salud y hospitales en los que existen profesionales que integran la red. <http://www.redsaluddecidir.org/>

Parte I

1. Marco legal y políticas públicas

La Argentina posee un acervo jurídico importante en cuanto a la defensa y protección integral de los derechos de NNA. A partir de la promulgación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN) (1989) se despliegan diversas leyes que implican su reconocimiento y garantía de aplicación nacional y local, acordes al nuevo paradigma de la niñez.

La creación, disponibilidad y nivel de desarrollo de los Organismos de Protección de Derechos de niñas/os y adolescentes de acuerdo con la ley 26.061 es variable según la jurisdicción. La información recogida en las entrevistas no permite delinear un mapeo de instituciones, pero da cuenta de una amplia variedad de situaciones que oscilan entre el antiguo paradigma tutelar y el modelo de protección integral que dispone la legislación vigente. La articulación entre el Sistema de Salud, Servicio de Administración de Justicia, Sistema Educativo, Desarrollo Social y Organismos de Protección de Derechos de NNA es incipiente en algunos sitios y más afianzado en otros.

En 2005 se dicta la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Derechos que asegura su máxima exigibilidad en torno al principio del “interés superior del niño”, entendiendo

a éste como la “máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos reconocidos en esta ley”. En ese sentido, debe respetarse su condición de sujetos de derechos, el derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta acorde a su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales. Los derechos y las garantías de los sujetos de esta ley son de orden público, irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intangibles (Ley 26061, art. 5 y 6).

Las niñas, niños o adolescentes tienen el derecho a la dignidad y a la integridad personal, a no ser sometidos a trato violento, a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos, explotación sexual. Cualquier persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de una niña, niño o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a las autoridades locales de aplicación de esta ley.

Los Organismos de Protección de Derechos intervienen en situaciones de vulneración de derechos. Ante un embarazo adolescente, la primera medida es garantizar el derecho de la niña/adolescente a ser oída, evaluar la situación de la misma y de su grupo familiar y/o de referencia afectiva, como así también el contexto en el que se produjo dicho embarazo.

1.1 Sistema de protección integral. El principio de corresponsabilidad.

La corresponsabilidad refiere a las responsabilidades que tienen cada uno de los actores que conforman el Sistema de Protección Integral para la efectiva protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. El Estado, en todos sus niveles, nacional, provincial, municipal, a través de sus políticas, es el principal garante de esos derechos, pero no el único actor. Las familias, la sociedad y las organizaciones de la sociedad civil son responsables también de la promoción y protección de estos derechos. La corresponsabilidad exige el conocimiento de todos los actores de la normativa vigente y de los principios que emanan de la CDN ya que nadie puede alegar desconocimiento de la ley para justificar su incumplimiento. Asimismo, los distintos actores institucionales del Sistema de Protección Integral de Derechos, deben conocer las responsabilidades de cada área, así como los circuitos y protocolos existentes. Dentro de este marco, la articulación entre las distintas áreas y programas se considera la modalidad de trabajo adecuada para el desarrollo de estrategias tendientes a la restitución de derechos.

No hay que olvidar que muchas vulneraciones de derechos provienen de las propias instituciones o de los grupos familiares. Y aunque en todo momento se subraya la responsabilidad familiar de los padres y las madres como forma prioritaria de asegurar el cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos, la ley 26061 (art. 7) destaca el rol

prioritario de las políticas públicas por parte de los organismos del Estado en cuanto a la exigibilidad de la protección jurídica, cuando los derechos de NNA colisionen con los intereses de las personas adultas, de las personas jurídicas privadas o públicas.

Las diferencias en cuanto a los abordajes de los embarazos forzados y no intencionales por parte de los Organismos de Protección de Derechos, no se limita al hecho puntual, sino a discernir qué otros derechos han sido vulnerados. En cuanto al embarazo, debe determinar o descartar si ha sido o es víctima de abuso sexual, o de cualquier otra forma de violencia sexual como por ejemplo, un noviazgo violento para así diferenciar embarazos que son resultado de situaciones coactivas, de aquellos que no lo son.

El embarazo de niñas y adolescentes menores de 15 años está vinculado de algún modo a la violencia, tanto de manera inmediata, en los casos en que los embarazos son producto de una violación u otra relación abusiva, como de forma más estructural, múltiple y acumulada en el tiempo, cuando las niñas y adolescentes tienen trayectorias que implican diversas vulneraciones a sus derechos, que las sitúan en un contexto de asimetrías de poder o en escenarios de escasas posibilidades de elección autónoma de sus proyectos de vida. *Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo* (Ministerio de Salud de Uruguay et al, 2019).

Un embarazo antes de los 15 años, en la gran mayoría de los casos, es un indicador de abuso

sexual o de otras formas de violencia sexual. Quienes intervienen suelen tener dudas cuando la niña y/o quienes la acompañan expresan que dicho embarazo se produjo en el marco de una relación con un adolescente con quien esa niña está ligada afectivamente.

Varias de las referentes entrevistadas señalan que en ese caso se debe acompañar a la niña en la etapa de embarazo, si esa es su decisión aunque siempre se le debe informar que tiene derecho a interrumpirlo por el riesgo para la salud psicofísica y violación, causales contempladas en el marco legal argentino.

¿Cuál es el rol de cada ámbito institucional en esos casos? ¿Quién determina si hubo o no violencia o abuso? Investigar y determinar la violencia sexual es tarea del Servicio de Administración de Justicia. Sin embargo, todos los actores del Sistema de Protección Integral ante un embarazo antes de los 15 años, no deben nunca descartar situaciones de violencia sexual, y por tanto deben comunicar al Organismo de Protección de Derechos para analizar y evaluar la situación. Aún sin sospecha de abusos, se debe evaluar la situación y definir un plan de acción cualquiera sea la decisión en relación al embarazo.

Para abusos sexuales existen Protocolos de Actuación en la mayoría de las provincias de nuestro país. Sin embargo no todas las provincias cuentan con protocolos interinstitucionales, ya que muchos de ellos son sectoriales.

En los últimos años es creciente la tendencia

a la elaboración de Protocolos interinstitucionales, en muchos casos elaborados en procesos participativos.

En distintas provincias del país los desarrollos son dispares⁴, pero existe una necesidad reconocida por quienes intervienen en la necesidad de respuestas articuladas al mismo y espacios de intercambio como por ejemplo ateneos interdisciplinarios, interconsultas. Sin embargo, en muchos casos lo habitual son las derivaciones, que en el mejor de los casos, son derivaciones acompañadas. (Ver Parte III Capítulo 3).

El Sistema de Protección Integral de Derechos plantea un conjunto de acciones concertadas, basadas en el principio de la corresponsabilidad de cada organismo interviniente que reclama el compromiso de cada uno de los efectores en la resolución de la situación.

4) No se ha analizado en este documento la totalidad de los protocolos.

Parte II

2. Las prácticas institucionales

2.1. Los organismos de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes

Diversos organismos consultados subrayan la necesidad de adecuarse a la singularidad de la situación respetando los procedimientos que establece la legislación vigente en materia de protección de derechos. En la práctica, el principio de corresponsabilidad no resulta fácil de aplicar, así como tampoco las respuestas institucionales son homogéneas, no sólo por las heterogeneidades provinciales, las diferencias de recursos en zonas urbanas y rurales, entre otros, sino también por la ideología, opiniones personales, creencias, y formación de profesionales y operadoras y operadores atravesadas por la cultura patriarcal. Aunque en muchos casos, para facilitar las intervenciones, se establecen acuerdos y protocolos, las dificultades persisten. Hay algunos nudos problemáticos que no siempre se resuelven de la misma manera y sobre los cuales quienes están en la intervención, reclaman orientaciones claras.

*Aunque el Sistema de Protección Integral de Derechos proclama que todos los actores intervinientes debemos ser “acompañantes”, no “derivadores”, la práctica demuestra otras realidades que en algunos casos tiene que ver con el **exceso de demanda y la falta de***

***profesionales** para dar respuesta y en otros, con el compromiso profesional en la tarea que se realiza. Todavía hoy nos encontramos con respuestas y prácticas profesionales que responden al Patronato tanto en ámbitos judiciales, de salud, educación, etc. Una de las funciones de la promoción de derechos que realizamos desde las Defensorías es procurar que las derivaciones sean protegidas y acompañadas. (Psicóloga Defensoría Zonal-CDNNA- CABA)*

*La práctica instituida es acompañar en la maternidad. En las residencias (también llamados hogares convivenciales) automáticamente cuando se detecta una niña embarazada, que está en el lugar con medidas excepcionales, en seguida está el zapatito y el ajuar. Recién ahora con el Protocolo de ILE y el Plan Enia, se empezó a plantear el tema. Por otro lado, cuando en el caso de chicas que no están en residencias cuando se detecta un embarazo, depende del profesional que toca. Si tenés una persona formada y con perspectiva abierta, ante la detección de un embarazo, inmediatamente abre la posibilidad de una consejería o la posibilidad de una ILE, o una maternidad a partir de un acompañamiento. Pero hay un montón de profesionales con prácticas arcaicas, donde está cruzado lo ideológico, lo religioso y entonces depende del profesional que te toque. Recién los profesionales se están apropiando de los abordajes de los abusos y de a poco. **Estamos***

lejos de abordar la problemática de manera integral. (Psicóloga, Referente Organismo de Derechos, Entre Ríos).

*El principio de la corresponsabilidad –se formula en el caso de las escuelas– de una manera explícita. “Las escuelas y el CDNNA han fijado protocolos de intervención a través de los cuales en 48hs. deben informar al Organismo de Derechos. En las situaciones de urgencia, el protocolo advierte que la comunicación debe ser inmediata con la Guardia Jurídica Permanente del CDNNA. Sin embargo, cuando se produce un embarazo adolescente no siempre se da aviso al Organismo de Protección de Derechos. Sólo en casos de sospecha, revelación de abuso o si se observa algún derecho vulnerado.”*⁵ (Psicóloga Defensoría Zonal. CDNNA-CABA).

La mayoría tiene dudas sobre la articulación entre Salud y los Organismos de Derechos en cuanto a la ILE. Tenemos casos en que hay una medida adoptada de suspensión de la patria potestad. La controversia era si informábamos a la familia de la ILE (en el momento en que la medida estaba vigente). Había quienes consideraban que no había que informar. Salud decía que la intervención de la ILE era prioritaria por los tiempos, no se podía esperar la prueba [se refiere al proceso penal por abuso]. Son muchos médicos que tienen muy claro que no es necesario un abuso para el acceso a la ILE ya que la legislación vigente incluye también la causal salud para dicho acceso. (Referente Organismo de Derechos provincia de Entre Ríos).

Lo primero es indagar si tiene una persona adulta de contención, es lo fundamental, lo primero, porque el tipo de abordaje cambia muchísimo si hay una persona adulta de confianza o no lo hay y después, evaluar la situación de riesgo de la chica que está sufriendo una violencia.

Quien debe evaluar es el Organismo de Protección, pero en la realidad es que en las ciudades capitales existe ese organismo, pero en muchas otras ciudades no hay representantes de Organismos de Protección. Entonces hay que buscar otras alternativas. Así por ejemplo: si llegó a Salud y no hay Organismos de Protección, es Salud quien tiene que tomar las medidas y evaluar el riesgo y si tiene o no que quedar en el hospital. En caso de que entre por la escuela, éstas también tienen a veces quién lo haga: tendrían que ser los gabinetes interdisciplinarios.

*Si no hay Organismos de Protección, se le va a dar lugar a la intervención de la justicia, fiscalía. Por ley los Organismos de Protección deberían coordinar, pero en la realidad de cada lugar concreto hay que ver qué organismos están disponibles. Lo que hay en todos lados es una escuela, un centro de salud, una fiscalía o un juzgado. La realidad es que en cada lugar hay que ver quién puede tomar ese rol. Lo importante es que alguien lo tome. A veces el circuito que se arma no es el que debería ser, pero nosotros tratamos de respetar el camino que se van armando en las realidades locales. Sería importante tener **una mesa intersectorial**, que cada vez más las están organizando. (Referente Organismo de Derechos).*

5) Esta posición es polémica, ya que un embarazo antes de los 15 años en muchos casos es el primer indicador de abuso que se detecta. Por otro lado, los protocolos que definen el rol del sistema educativo establecen con claridad que la escuela no puede investigar, sino que debe comunicar al Organismo de Derechos cuya función es evaluar cada situación. Quien tiene el rol de investigar es el Servicio de Administración de Justicia.

Se indagó sobre la actitud de los y las profesionales acerca de la edad en la que una niña o adolescente puede **dar consentimiento y tomar decisiones sobre la interrupción o continuidad de un embarazo**. Para la interrupción está previsto el consentimiento informado (con diferencias según las edades establecidas por el Código Civil). No sucede lo mismo con la continuidad del embarazo. Hay coincidencia en que las niñas antes de los 15 años no están preparadas psicoemocionalmente para ser madres, tampoco lo están físicamente. En este sentido el trabajo que se cita más adelante (Deza y Álvarez, 2019) es valioso para la reflexión sobre este punto en particular.

Se debería requerir más edad para la decisión de ser madre que para la decisión de no serlo. (Operadora de Organismos de Protección de Derechos).

Que una niña abusada críe un bebé... ¡¡estamos todos locos!! Cuando dicen que la nena manifiesta que quiere seguir el embarazo la escuchan, pero cuando dice me abusó fulano, ahí ya no la escuchan del mismo modo. (Médica psicoanalista especialista en abuso sexual)

2.2. El sistema de salud

En lo que concierne a la bibliografía, aparece el Sistema de Salud con una fuerte impronta. Por otra parte, la intervención de este sector es ineludible tanto para la confirmación del embarazo como para las decisiones posteriores de interrupción o seguimiento. En cierto sentido un tema comprensible, ya que de modo directo o indirecto, antes o más tarde,

las niñas embarazadas ingresan al sistema de salud. Es el sistema que claramente ostenta un rol estratégico en cuanto a la posibilidad de brindar una respuesta al embarazo y a los abusos sexuales, dado que cuenta con recursos que permiten atender ambas problemáticas, atenuar los daños que conlleva un embarazo y la maternidad a edades tempranas, tanto en lo relativo a la integridad física como psicológica de las niñas afectadas, así como también equipos o profesionales que pueden atender los impactos de los abusos. Es necesario también reconocer que esto no es homogéneo ya que la cantidad y calidad de los recursos difiere entre las distintas provincias y entre zonas urbanas y rurales.

Belizán y Lammers analizaron los datos del Sistema Informático Perinatal de América Latina del período de 1983 a 2003. En el análisis se controlaron 16 factores de salud y socio-demográficos y constataron que las madres más jóvenes tuvieron peores resultados. Las niñas de 15 años o menos tenían una probabilidad cuatro veces mayor de mortalidad materna al comparar con el grupo etario de 20 a 24 años. También se detectó una probabilidad cuatro veces mayor de endometritis puerperal, 60% más probabilidad de eclampsia y de hemorragia posparto y 40% más probabilidad de anemia. Al comparar con los hijos de madres de 20-24 años, aquellos nacidos de madres de 15 años de edad o menos tenían una probabilidad 60% mayor de tener bajo peso al nacer o de ser prematuros; y una probabilidad ajustada 50% mayor de nacer pequeños para su edad gestacional y de muerte neonatal temprana. Citado por Deza y Álvarez, (2019)

De todos modos los equipos de salud, si no cuentan con profesionales especializados, pueden abrir las vías para otras intervenciones necesarias dentro del sistema o fuera, dando lugar al accionar de los otros sectores del Sistema Integral de Protección.

La respuesta a esta problemática compleja requiere de quienes intervienen desde distintas disciplinas y sectores tengan una actitud abierta, que trascienda el mero saber disciplinario. Los abusos y los embarazos forzados y no intencionales antes de las 15 años pueden afectar la salud psicofísica y también derechos fundamentales y comprometer distintas esferas de la vida tanto en el presente como en el futuro.

Los embarazos en edades tempranas muchas veces se presentan al sistema de salud como hechos consumados, aunque en realidad éste es un claro indicador de las fallas de las instituciones que deberían haber intervenido tempranamente. Que una niña llegue a una consulta en el sexto, séptimo mes de embarazo o al momento del parto, es que nadie lo registró en la escuela, si es que continúa escolarizada, o no se hizo nada ante el abandono escolar, así como tampoco nadie de otros espacios institucionales o comunitarios en que la niña participó o participa, se dio cuenta. O si se dio cuenta, no hizo nada.

El 12,8% de las niñas menores de 15 años tuvo un parto pre-término, mientras que esa cifra disminuye al 9,2% de adolescentes entre 15 y 19 años y el 8,2% de mujeres de 20 años y más. Un dato significativo se refiere a la tasa de mortalidad infantil, definida como la que indica

las muertes de menores de un año por cada 1000 nacimientos. Esta tasa se observó en un 24,4% en grupos de madres menores de 15 años; 13,9% en grupos de madres de 15 a 19 años, y 9,3% en grupos de madres mayores a 20 años. Pantelides, Fernández y Marconi, (2014).

Es cierto, y esto lo subrayan varias de las profesionales entrevistadas, que muchas veces estos embarazos se presentan al sistema de salud como cuadros inespecíficos, molestias o dolores abdominales. En estos casos también falla la no detección en la consulta médica.

También es cierto que si el embarazo es producto de una situación abusiva en el ámbito intrafamiliar, o si es una niña prostituida, quienes la acompañan van a hacer todo lo posible por ocultar la situación. Existen situaciones en las que la propia niña oculta el embarazo porque no quiere que su madre o su familia, se entere que tiene relaciones sexuales. Son múltiples los motivos por los cuales una niña calla.

La medición de la incidencia real de las ILE -especialmente en las adolescentes- es muy compleja. Los datos oficiales indican que en 2015 se registraron 7683 egresos hospitalarios por abortos de niñas y adolescentes de hasta 19 años en todo el país. De esta cifra, 414 correspondieron a niñas entre 10 y 14 años. Esta cifra representa un promedio diario de 21 niñas y adolescentes que egresaron de un hospital público luego de estar internadas por una situación de aborto. (Plan Enia; 2019. p. 18, basado en datos del Ministerio de Salud, 2017)

No se puede desconocer que, sabiendo que pueden existir embarazos producto de situaciones abusivas, como se verá en los dichos de las entrevistadas, hay profesionales que se ciñan puramente al acto médico, sin evaluar los riesgos de la continuación del embarazo, ya sea que no quieren ver lo que están viendo, ya sea que consideran que la urgencia o lo que deben atender es la propia gestación. Pueden incluso tener buenas intervenciones frente al embarazo, **pero no indagan en sus causas y en ese caso si hay una situación abusiva, ésta se perpetúa.**

Algunos profesionales (en este hospital) no están preparados para diagnosticar el embarazo. Una adolescente consultó por abdomen agudo y por tomografía se detectó sorpresivamente que estaba en trabajo de parto. (Médica pediatra del Servicio de Salud Mental y Adolescencia del Hospital del Niños Ricardo Gutiérrez-CABA).

Tuvimos una adolescente de 14 años internada con un bebé por bronqueolitis. Se la atendió por la consulta del bebé y se fue. (Médica pediatra del Servicio de Salud Mental y Adolescencia del Hospital del Niños Ricardo Gutiérrez-CABA).

Susana Toporosi (2018) señala en su libro *“En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil”*, las dificultades que están teniendo los equipos de salud para detectar abusos sexuales como diagnóstico diferencial de la consulta primaria.

“(...) J. es una adolescente de 16 años. Son recurrentes las consultas por dolores abdominales, síntomas premenstruales. La

*pediatra detecta algo que la deja dudosa en tantas consultas sin aparente justificación, pero no puede pensar aún en la posibilidad de un abuso sexual (...) Entrevistas posteriores donde se incluye al novio a quien J. le tuvo confianza y le contó que su tío materno, con quien conviven en una casa con varias habitaciones junto a otras tías con muchos hijitos, la abusa desde los 13 años. (...) Nunca lo relató porque pensaba que su abuela no le creería y porque esto provocaría una situación familiar muy difícil. Realizamos con ella una nueva entrevista conjunta la médica y yo, incluimos luego a su novio (...) Se realizó una internación, como recurso de protección de derechos, hasta que se trabajó con la abuela y ésta realizó la denuncia. (...) **La médica se quedó perpleja frente a su imposibilidad previa de pensar en un abuso**, a pesar de las innumerables y repetitivas consultas ligadas a dolores físicos a las que no se le encontraban razones “ (Toporosi, 2018, p.28)*

La misma autora destaca que en los últimos años detectan un aumento significativo en las consultas ligadas a la violencia sexual contra niñas/os y adolescentes, pero que en la mayoría de los casos –llamativamente– dicha problemática no llega al sistema de salud como motivo de consulta primaria. (Toporosi, 2018, p.29).

Ceñirse a la atención del embarazo, también se relaciona con el miedo o las incomodidades y problemas que trae aparejada la denuncia, en profesionales que en caso de tener que declarar en sede judicial, pueden perder horas de trabajo, o en comunidades pequeñas sufrir agresiones, etc.

Elaborar protocolos, los pasos a seguir, respaldados ... está bien, pero está el miedo del profesional, a que le hagan denuncias, o a tener problemas con la comunidad. Les pasan muchas cosas a los profesionales. Los entiendo a mis colegas (...) colocho un implante a una niña de 12, porque como profesional de salud considero que es necesario para proteger y viene el padre y me agrede, me raya el auto, rompe el centro de salud. (Lic. en Obstetricia. Coordinadora del programa Materno Infantil y referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en Atención Primaria de la Salud del Municipio del Conurbano Bonaerense).

La proporción significativa de las menores que habían dado a luz que presentaron problemas de salud mental –estrés, miedo, síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático: Perú, 55%; Ecuador, 91%; Nicaragua, 100%. En Perú y Nicaragua, 7% y 14% respectivamente de las participantes en el estudio afirmaron haber contemplado la posibilidad de un suicidio durante su embarazo.

Una gran proporción de NNA escolarizadas no habían regresado a la escuela después del parto en el momento de la entrevista de seguimiento (abandono escolar del 77% en Perú y del 88% en Guatemala). (Casas Isaza, et al, 2018).

Seguimos a una niña de 12 que ya tuvo, me llegó el caso ya madre, no entró por acá, el control del embarazo no sabemos, estoy investigando, con 30 semanas de embarazo entró por guardia al Hospital (...) la internaron para realizar estudios

y la siguieron atendiendo, dieron intervención al Servicio Social. (...) ella viene al control de su bebé, la pediatra dio aviso. Yo no sabía nada, hablé con la pediatra. Vino voluntariamente a controlar a su hijo, con la madre y el padrastro, intentamos que ese acercamiento sirviera para todo. Nos encargamos del seguimiento por anticonceptivos, pero nos dimos cuenta que aparentemente hay algo con el padrastro, estuvimos a punto de acceder a un método (un implante), la madre se negó porque quería consultarlo con el padrastro. En este momento estamos intentando captarla nuevamente, no pudimos aun concretar ningún método. A partir de los 13 consultamos con la madre y si se niega, no podemos avanzar. (Lic. en Obstetricia. Coordinadora del programa Materno Infantil y referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en Atención Primaria de la Salud del Municipio del Conurbano Bonaerense).

Muchas veces, en el discurso de profesionales aparece la “naturalización” (del embarazo) y que aun sabiendo que “no es natural” les resulta difícil encontrar una estrategia para ayudar a la niña a tomar una decisión lo menos perjudicial para ella. Pueden sentir impotencia, no saber cómo acercarse a la niña, no encontrar el lenguaje apropiado, así como la niña tampoco tiene palabras para expresar lo que siente.

En la práctica está naturalizado tanto en la comunidad como en profesionales el embarazo a los 14/15 años. (...) Hace poco tuvimos un embarazo de una niña de 10 años, vino con la madre, se presentó a controlar su embarazo con total naturalidad, ni una

alarma para ella, no quiere interrupción, vino con novio de 16 (...) empezó a menstruar a los 9 años, la madre tiene 24 años, una historia repetida, estaba de 6 semanas, no quieren interrumpir. Apareció el novio y seguimos trabajando para desnaturalizar!!!

Tenemos otra chica de 13, otra de 14 con aborto previo. En este embarazo apareció con el tío y la abuela: 15 semanas, todo muy naturalizado. Un familiar refiere que está muy cuidada en la casa con su marido: 19 años, le explico que a los 14 años no tiene que tener marido. La chica muy bien plantada, sin temor. (Lic. en Obstetricia. Coordinadora del Programa Materno Infantil y referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en Atención Primaria de la Salud del Municipio del Conurbano Bonaerense).

*Lamentablemente **no están visibilizados los protocolos que hay que seguir por parte del personal de salud**, la obligación, que se debería ejercer ante la presencia o detección de un embarazo por abuso o embarazo consensuado, en una niña, de notificar a Niñez, para que se pueda hacer el seguimiento correspondiente, generalmente nos manejamos así. Lamentablemente en la práctica está naturalizado tanto en la comunidad como en profesionales el embarazo a los 14/15 años, que no es alarmante la edad, pero no dejan de ser niñas. Hoy por hoy, en embarazadas de 10/12 años se hace la notificación generalmente a mí, o al director del CAPS. (Lic. en Obstetricia. Coordinadora del programa Materno infantil y referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en Atención Primaria de la Salud del Municipio del Conurbano Bonaerense).*

2.3. El servicio de administración de justicia

A pesar de los cambios positivos en la normativa jurídica persisten ambigüedades y confusiones acerca del objetivo principal de la intervención judicial que es la protección integral de niñas, niños y adolescentes y en segundo lugar el esclarecimiento de los hechos y la sanción de los responsables.

Según Rozanski (2003), este orden de prioridades se encuentra muchas veces tergiversado. Considera inadecuado diferenciar la intervención asistencial y la intervención judicial, ya que “la intervención en todas las áreas debe ser asistencial y en sentido más amplio, protectora” (Rozanski, 2003, p. 104) e incluso, este autor señala que pensarlo como dos intervenciones lleva a la reiteración de prácticas revictimizantes. “Hasta que no se logre que la actividad en ambas áreas sea el resultado de un trabajo integrado, seguirá corriendo riesgos el resultado de la intervención” y considera que la intervención tanto del área de salud como judicial, son ambas “social-terapéuticas”.

“En lo social –terapéutico se contiene a la víctima ante la sospecha de abuso y en lo judicial se interviene y dictan medidas cautelares (exclusión, detención). Las intervenciones desarticuladas implican un aumento del riesgo, revictimización e impunidad. (Rozanski, 2003, p.108).

Rozanski restringe el uso del concepto “intervención judicial” a la individualización del abusador y su eventual sanción.

En este punto queda claro que la denuncia debe ser pensada en el marco de una estrategia de intervención, nunca como un fin en sí mismo. Así como el desafío que supone para el Servicio de Administración de Justicia poner fin a la impunidad de quienes abusan y disponer de medidas reparatorias y de protección para las víctimas.

En las entrevistas son numerosas las referencias a las prácticas judiciales contrarias a lo que es un trato respetuoso y acorde a las necesidades de las víctimas y a sus derechos: hay obstáculos ideológicos, básicamente la ceguera ante las implicancias de las relaciones sociales de género y generacionales que se traduce en ideas y creencias acerca de los roles sociales y concretamente, en lo que concierne a la temática de este documento, en ideas y creencias acerca de la sexualidad y de la maternidad de las niñas.

Si bien hoy el Poder Judicial cambió bastante, todavía persisten prácticas anacrónicas. En los últimos años hubo cambios en las respuestas judiciales, entre ellas el art. 250 bis del Código Procesal Penal (que establece las condiciones en las que deben comparecer NNA). Sin embargo gran parte de las/os operadoras/es del Sistema no están preparados para investigar este tipo de delitos.

No saben escuchar los indicios presentes en un relato de abuso [de NNA]. Hay además prejuicios arraigados sobre los chicos, sobre las madres, de que los chicos mienten. Aunque hay fiscalías especializadas en niñez o género, pero no necesariamente están especializadas, no estudiaron niñez, ni género,

ni este tipo de delitos, donde no están las pruebas convencionales. La justicia no está preparada para este tipo de investigaciones. Un tema crítico es la re vinculación familiar, cuando en penal no se llega a la condena. Y en muchísimos casos no se llega a la condena porque no saben investigar estos delitos que son más complejos, que tienen tramas intrafamiliares complejas.

*Por otro lado, muchas veces ponen toda la carga de la prueba al relato del niño, que por una parte está bien, y de hecho hay provincias que con el solo relato condenan y esto que por un lado está bien, pero por otro lado es peligroso. Está bien dejar de lado el mito que los chicos mienten, pero otro lado sabemos que hay muchos niños que no hablan, que no están preparados para hablar. Además si es el papá quien lo ha abusado, por ejemplo, lo quiere y es su papá. Y le produce un daño tremendo. Entonces sus relatos son confusos, ambiguos. Es normal que así lo sean. Tampoco los abogados conocen y **la única prueba no es ni debería ser el relato.** Hay que presentar otras pruebas. Muchas veces los chicos se retractan, pasan muchas cosas y **los fiscales, el sistema, tienen que entender procesos como los de la retractación.** Eso no quiere decir que eso no pasó. Está bien que crean en el relato del niño, pero pueden existir otras pruebas. **No se puede basar sólo en el relato, pero es importante que se entienda que los relatos no son lineales.** (Abogada. Organismo de Derechos de NNA)*

Desde los siete a los veintiún años un hombre abusó sexualmente de la hija de su pareja. A pesar de que la niña se animó a denunciarlo a los trece, los organismos que

debían protegerla y la justicia que tenía que investigar los delitos no lo hicieron. Intervino la Unidad Especializada en Violencia contra las Mujeres (UFEM), el CDNNA, la Guardia Jurídica Permanente del Consejo quien efectuó la denuncia ante el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N°32, que delegó la investigación en la Fiscalía Nacional en lo Criminal y Correccional N°45. El Organismo de Derechos dispuso su alojamiento preventivo en un Hogar transitorio para resguardar su integridad, donde la niña la pasó muy mal. Para poder salir, se desdijo de su declaración, el abusador fue sobornado y se renovaron los abusos en el hotel familiar donde vivían. Los manejos psicológicos por parte del violador eran atroces. Mientras para todos era un buen padre, amenazaba a la madre –quien no le creía a su hija- y al resto de la familia. “La querrela está pidiendo que se reabra la causa y se pueda tratar en conjunto con los hechos que siguieron después”. Las pruebas de la causa (el testimonio de la niña como pieza central, los mensajes de WhatsApp que son una confesión, las pericias psicológicas y psiquiátricas que dan cuenta de las huellas de haber padecido abuso sexual durante muchos años), hacen pensar que le dictarán prisión preventiva. Mientras tanto los propios organismos del Estado que tendrían que haberla protegido y defendido no actuaron a la medida de las circunstancias, ni de los tiempos, ni de la herida subjetiva que –lamentablemente- terminaron agravando con su largo proceder. (Santoro, Sonia- Página 12| 23-12-2019)

2.4 El sistema educativo

Por la asiduidad del contacto con NNA, el sistema educativo tiene un rol estratégico en la garantía de la no vulneración de los derechos de esta población. Ello supone un rol proactivo, informativo, acerca de los derechos a una vida libre de violencia sexual y de cualquier otra forma de violencia. Es decir, tiene un papel fundamental en la prevención y en la detección temprana de toda vulneración a la integridad de NNA.

En los contenidos de los materiales diseñados para el Programa de Educación Sexual Integral (ESI) se incluye, entre otros temas, la prevención de los embarazos y de los abusos sexuales. Existen protocolos nacionales y provinciales para la detección de estas situaciones, aunque debe destacarse (Ver Protocolos más adelante) que la mayoría de los protocolos están pensados para los abusos sexuales **y no siempre se incluye qué hacer frente a los embarazos producto de esos abusos.**

Algunos de los indicadores que se suelen señalar para ambas problemáticas son los mismos. El documento publicado por Public Health England, (2019) señala dos importantes indicadores para ambas problemáticas: ausentismo escolar persistente (se suele señalar el ausentismo a partir de los 14 años); progreso escolar más lento de lo esperado entre 11 y 14 años. (Ver más indicadores UNICEF, 2018).

Tanto como causa o como efecto del embarazo en la adolescencia el abandono escolar es un factor fuertemente asociado a la maternidad temprana.

2.5. Principales obstáculos

Los avances legislativos tanto en materia de salud sexual y reproductiva como en cuanto al abordaje de embarazos producto de violaciones o abusos es trascendente en nuestro país. Sin embargo, no se condice con el “sentido común” y el imaginario que predomina en la población en general. El ataque mediático y de sectores reaccionarios de diversos grupos religiosos fundamentalistas contra la efectivización de protocolos es constante. Una de sus consecuencias es la falta de información en sectores de alta vulnerabilidad ante la no inevitabilidad de embarazos y el rechazo primario a la difusión de medidas preventivas en diversos ámbitos. Hay además numerosas heterogeneidades geográficas en cuanto a recursos institucionales; aún en las ciudades no siempre existen equipos, programas o profesionales capacitados, la problemática del abuso está ausente de la currícula universitaria, entre otras situaciones que deberían comenzar a considerarse desde el Estado.

En las entrevistas, independientemente del sector institucional de pertenencia se señalan múltiples dificultades en la intervención. Las dificultades son de carácter muy diverso y registran desde limitaciones presupuestarias y de recursos, hasta ideológicas, subjetivas y resistencias de distinto tipo.

No es el objetivo de este documento identificar obstáculos, pero ante la indagación sobre los abordajes, las entrevistadas plantearon quejas, críticas y dificultades

que deben tenerse en cuenta para pensar en intervenciones que se inscriban en una perspectiva de género y generacional incluyendo también una perspectiva interseccional que considere a las niñas y adolescentes con discapacidad, de pueblos originarios, de identidades de género no binarias. Las entrevistadas en su mayoría son profesionales, con muchos años de experiencia en la atención directa de abusos sexuales, embarazos forzados y acceso a la ILE.

Entre los obstáculos más relevantes se señalaron:

- Asignación de presupuestos de manera discrecional e inequitativa. Hay coincidencia en que Argentina cuenta con un marco legal adecuado que incluso prevé la asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que aseguren derechos de la niñez y adolescencia y prioridad de atención en los servicios esenciales. Sin embargo, son escasos los presupuestos asignados a programas o equipos especializados.
- La demanda supera ampliamente los recursos existentes.
- Los espacios suelen ser inadecuados para la atención, por falta de intimidad y lugar físico.
- Hay diferencias de enfoques, inexistencia de criterios comunes (que lleva a intervenciones contradictorias), profesionales no suficientemente formados, con falta de compromiso, objetores de conciencia, que no denuncian los abusos, profesionales cuyas prácticas no se basan en el paradigma de protección de derechos.

Se incluyen a continuación fragmentos de las entrevistas.

Tanto a nivel Legislativo como Judicial está casi todo dicho. Respecto a la legislación es clara en este tema: qué derechos se garantizan, de qué manera debe ser implementado, el enfoque, acerca de la corresponsabilidad entre los diferentes sectores del Sistema de Protección Integral... Pero en la práctica vemos que no se aplica en su totalidad, ni exhaustivamente. Hay que verificar cuál es el presupuesto adjudicado para garantizar el cumplimiento de estos derechos, cuánto se le asigna a cada Programa o política pública proyectada. (...). En síntesis: lo prioritario es revisar cuál es el presupuesto destinado a políticas públicas que permitan llevar a cabo la protección integral de derechos que obviamente sí requiere de la articulación y el aceitado intersectorial. (Trabajadora social experta en derechos de NNA. Salud).

Se utilizan a las menores de la escolaridad primaria de un Instituto como modelos a seguir, en marchas celestes alrededor de la plaza local, moralizando e intimidando al resto de la comunidad. Resulta imposible sostener cartelera alusiva a la prevención del embarazo adolescente. (Médica de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, Regional Santa Fe).

Hay profesionales que obstaculizan el acceso por creencias personales. Creo que cada vez pasa menos. Hemos trabajado mucho capacitando a los equipos de salud y también hay mucha influencia de las iglesias. (Médica de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, Regional Santa Fe).

Un hombre violento cuya hija de 13 años le tenía pánico, le cortaba la ropa a su mujer y

*terminó incendiando la casa con la mujer e hijos adentro. La trabajadora social del Juzgado previamente había informado a la Jueza que era un **“señor de mal carácter.”** (Psicóloga de Defensoría Zonal- CDNNA-CABA)*

Los principales obstáculos son sin duda los subjetivos de los profesionales de salud (objeción de conciencia, falta de formación en enfoque de derechos y perspectiva de género, no involucramiento) e institucionales, dificultades de derivación del centro de salud al hospital (cuando es un embarazo mayor a la semana 12 de gestación) la referencia y contrarreferencia. (Psicóloga, Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir CESAC, CABA).

El Hospital da intervención a la Defensoría después de 3 meses por sospecha de ASI de una niña de 5 años. Voy al Hospital, hablo con todo el equipo. La pediatra dice que las lesiones sólo pueden ser compatibles con abusos sexuales. Les pregunto por qué no llamaron a la Guardia del Consejo, dicen que ‘ellos no tienen ese procedimiento’ (...) Intervenimos, acordamos con la madre que la niña viva con su madrina hasta tanto se avance en determinar quién fue el abusador. En Audiencia Judicial: el Hospital niega abusos sexuales a pesar de haberlo escrito. (Psicóloga de Defensoría Zonal- CDNNA-CABA).

También se hace referencia a:

- Obstáculos relacionados con los contextos: (tipos de familias, situación de vulnerabilidad, etc.) Por ejemplo, situaciones muy graves respecto a la alimentación y vivienda, junto al deterioro psicofísico de los adultos a

cargo de los cuidados de los NNA.

- Obstáculos relacionados con la subjetividad de las niñas: edad, madurez.

Obstáculos del contexto: pobreza extrema, hacinamiento, falta de educación, violencia doméstica, adicciones, venta de drogas para la supervivencia familiar. (Médica de la Red de Salud por el Derecho a Decidir, Regional Santa Fe).

En cuanto a la subjetividad, hay una falsa creencia de que hoy las niñas y los niños son más inteligentes, que pueden resolver situaciones que los chicos de antes no podían.... realmente no conocen la fragilidad que tienen. (Médica psicoanalista especialista en abuso sexual hacia NNA).

Finalmente se hizo referencia a la **falta de datos sobre embarazos producto de abusos sexuales**. Si bien las estadísticas vitales informan sobre tasas de fecundidad de niñas menores de 15 años, no existen estadísticas sobre si esos embarazos / nacimientos fueron producto de abusos o de otras situaciones.

No tenemos registros propios. Recién ahora Salud está empezando a registrar. Este año por primera vez hemos tenido conocimiento de muchas situaciones. De no tener ningún caso de embarazo de niñas, este año tuvimos 15. Todas con características similares. Algunas en residencias (hogares convivenciales) de niñas y adolescentes y otras no. Algunos productos de abuso y otras de los noviecitos, chicas de 14 ó 15 con novios de 20, de 30 y de 40 años. Hemos acordado

que las escuelas informen aunque la chica diga que el embarazo es del novio. Después se evalúa la situación. Hay muchas chicas de 14 ó 15 que conviven con adultos mayores e incluso tienen hijos. Esta es una situación muy común en el campo, aquí en la provincia. (Referente Organismos de Protección de Derechos provincia de Entre Ríos).

2.6. Ausencia de estadísticas

En Argentina no existen estadísticas unificadas de abusos sexuales. Sí existen estadísticas de nacidos vivos y de fecundidad de niñas menores de 15 años. Pero no existen estadísticas que relacionen cuántos de estos nacimientos en esas edades son producto de abuso sexual hacia NNA.

Sobre abusos sexuales los datos son fragmentados y dispersos, sin embargo permiten afirmar que es un problema que debe ser encarado de forma prioritaria por su gravedad y debe ser objeto de acciones y programas de prevención, asistencia y protección integral y sanción con fuerte voluntad política. Por otra parte múltiples evidencias confirman que en muchos casos son problemáticas relacionadas, aunque los datos que pueden presentarse no articulan ambas problemáticas.

Algunos ejemplos que siguen, confirman lo dicho.

- En los motivos de ingreso de NNA a los Hogares Convivenciales propios y conveniados con la Dirección General de Niñez del Gobierno de la Ciudad Buenos

Aires, el 12,4% corresponde a presunción o abusos sexuales hacia NNA intrafamiliares; 1,2 % a explotación sexual comercial; 2,5 % a la exposición a situaciones sexuales no acordes a la edad. (Dirección General de Niñez y Adolescencia -Área Supervisión y Monitoreo. CABA, 2019).

- En el año 2017 el CDNNA intervino en 642 casos de abuso sexual, que para ese año representaron el 7,8 % del total de intervenciones y en 141 casos de explotación sexual y trata, que representaban el 1,7%. (CDNNA, 2017).
- En Argentina el 7% de NNA sufrió algún tipo de abuso sexual. Los porcentajes por género son del 12,8% en niñas y 3,3% varones. El 56 % de los abusos sexuales se produce entre los 8 y los 12 años. (Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2012).
- En el Municipio de Quilmes, provincia de Buenos Aires, se registraron 350 casos de abuso sexual entre enero de 2008 y octubre de 2014. (Subsecretaría de Política Integral de Promoción y Protección de los Derechos de NNA. Municipio de Quilmes, 2014).
- Si consideramos al conjunto de las mujeres que se iniciaron tempranamente –antes de los 15 años- una cuarta parte declararon haber sido forzadas y más de la mitad dijeron que, aunque aceptaron la voluntad del varón, ellas no querían que sucediera en ese momento; es decir, que sólo una cuarta parte se inició en forma completamente

voluntaria. En ese mismo estudio, se indica que el 100 % de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años, habían sido forzadas y ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fueron. (Gelsdtein R. y Pantelides E., 2003)⁶.

- En un estudio sobre adolescentes realizado en México se comprobó que entre el 15 y el 18 % de las adolescentes que habían sido violadas, quedaron embarazadas. (Según información de Centros de Crisis para casos de Violación - Lozano, 2003).
- Casi la mitad de las mujeres adolescentes sexualmente activas, que participaron en un estudio que incluyó varios países del Caribe, declararon que sus primeras relaciones sexuales fueron forzadas. (Lozano, 2003).

6) Son datos de una encuesta realizada en 2003 a 201 adolescentes de entre 15 y 18 años, que concurren por primera o segunda vez a un servicio hospitalario de la ciudad de Buenos Aires, pertenecientes a estratos bajos y medios.

Parte III

3. Abusos sexuales y embarazos forzados

Protocolos y guía para la acción

En los últimos años, en el marco de un mayor compromiso por parte del Estado -en sus distintos niveles, nacional y provincial- para responder a la problemática se han elaborado guías y/o protocolos de acción, algunos sectoriales y otros de carácter interinstitucional.⁷

Queda mucho por hacer para dar respuestas a la real magnitud de la problemática, respuestas que además, sean acordes con las experiencias, necesidades y perspectivas de las víctimas, que muchas veces desafían las prácticas y los saberes disciplinarios e institucionales.

Los protocolos y guías de acción en casos de ASI nacionales y provinciales, algunos sectoriales otros interinstitucionales-constituyen un avance importante y dan seguridad a muchos profesionales, al mismo tiempo que buscan restringir intervenciones fragmentarias, o directamente, malas prácticas.

La revisión de una selección de protocolos revela que **son muy pocos los referidos a abusos sexuales hacia NNA que**

incluyen orientaciones en casos de embarazos forzados.

En este punto se sintetiza el análisis de una selección de protocolos correspondientes a las provincias en las cuales se implementó el Plan Enia⁸, publicado por UNICEF-Plan Enia. (Ver UNICEF, 2018).

En esta publicación se señala que estos protocolos se diferencian por su:

- **Especificidad:** en algunas provincias son específicos de abuso sexual hacia NNA, mientras que en otras abarcan distintas formas de maltrato, además del abuso sexual.
- **Carácter institucional o sector al que se dirige:** orientados a la articulación de distintos sectores o dirigidos a un sector en particular.
- Inclusión –o ausencia- de la **problemática del embarazo forzado en la niñez y adolescencia.**
- Inclusión o no, de la **explotación sexual comercial** de NNA como una forma del abuso sexual.

Sólo tres de las doce provincias en las que se implementa el Plan ENIA incluyen la problemática del embarazo de niñas y adolescentes: las provincias de **Buenos Aires, Chaco y Jujuy.** Esta última provincia tiene un protocolo específico para embarazos de adolescentes menores de 15 años, que incluye

7) En este marco, la Dirección de Adolescencias y Juventudes de la Subsecretaría de Estrategias Sanitarias de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación con apoyo de UNICEF han elaborado la hoja de ruta "Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Herramienta de trabajo para orientar a los equipos de salud. Argentina." Cuya descripción puede encontrarse en la página 53 de este documento.

8) Son las provincias que integran las regiones NEA, NOA y Provincia de Buenos Aires..

una clara explicación acerca de la interrupción legal de los embarazos consecuencia de violaciones y abusos sexuales. Los dos primeros sólo hacen una referencia breve y remiten al protocolo nacional de interrupción del embarazo⁹.

La mayoría de las provincias no incluye el tema, ni siquiera incluyen referencias breves. Más aún, tampoco mencionan el embarazo o sólo aparece en las historias clínicas o en la aplicación de test de embarazos y/o en la inclusión de la anticoncepción hormonal de emergencia en las situaciones de atención de la crisis (consultas inmediatas después de un abuso sexual o violación). Pero no dicen nada acerca de cómo debiera ser el abordaje para la interrupción del embarazo u otras alternativas.

En los últimos años es creciente la tendencia a la elaboración de Protocolos interinstitucionales, en muchos casos elaborados en procesos participativos. Dos Protocolos recientes merecen ser mencionados, un nuevo Protocolo de la Provincia de Buenos Aires, (2019) y otro de la provincia de Entre Ríos¹⁰, ambos son interinstitucionales e incluyen indicaciones acerca del Derecho a la ILE.

La experiencia de Entre Ríos merece ser destacada, ya que el Protocolo fue elaborado en forma participativa por todos los actores del Sistema de Protección, define con claridad

las actuaciones de cada una de las instituciones y las modalidades de articulación entre ellas. Aunque lo más importante es que se ha conformado una Mesa Intersectorial con todas las instituciones participantes que se reúnen periódicamente y crearon un Mecanismo para monitorear la implementación del Protocolo: este mecanismo es el Observatorio de Seguimiento del Protocolo¹¹.

En el proceso de creación del Observatorio participaron también todas las instituciones que unificaron¹² los registros –homologando conceptual y metodológicamente los criterios y variables que registran–. Es así como a partir de enero de 2020 esta provincia cuenta con el Registro Unificado de Abusos Sexuales, primer registro unificado del país.

En el resto del país los desarrollos son aún dispares¹³, pero existe una necesidad reconocida por quienes intervienen en la necesidad de respuestas articuladas al mismo y espacios de intercambio, –ateneos interdisciplinarios, interconsultas– así como capacitaciones específicas y mejoras en la calidad de los registros.

9) En diciembre de 2019 se difundió un nuevo Protocolo Interinstitucional de la Provincia de Buenos Aires (2019) que retoma el tema remitiendo al Protocolo Nacional de ILE y a la importancia de actuar con celeridad.

10) Entre Ríos fue la provincia que elaboró el primer Protocolo Interinstitucional de Actuación en casos de Abuso Sexual en la Infancia y la Adolescencia en el año 2009, actualizado en 2018.

11) El nombre completo es: Observatorio Interinstitucional de Seguimiento de Aplicación del Protocolo de Actuación en casos de Abuso Sexual en la Niñez y la Adolescencia de la Provincia de Entre Ríos.

12) La necesidad de unificar criterios en primer lugar, del alcance del concepto de abuso sexual es básico tanto para las intervenciones como para ir construyendo registros que tengan homologadas las variables e incluyan todas las modalidades de los abusos ya que muchos protocolos se limitan a algunas de las modalidades, excluyendo otras.

13) No se ha analizado en este documento la totalidad de los protocolos.

Parte IV

4. La perspectiva de las víctimas

En esta parte se plantean algunos temas para la reflexión y el debate que pueden contribuir a que quienes están en terreno puedan pensar sus propias prácticas y los límites y alcances de las intervenciones sectoriales.

¿Cuáles son los nudos críticos desde la perspectiva de la intervención?

¿De qué modo se incorpora la perspectiva de género y generacional?

¿Cuáles son los aspectos más problemáticos de las intervenciones?

¿Qué les pasa a las niñas abusadas y embarazadas?

¿Cómo escuchar y asistir a una niña de 12, 13 ó 14 años abusada y embarazada?

¿Qué les pasa a las/os profesionales cuando las reciben?

4.1 Importancia de la dimensión socio cultural en la vivencia de las víctimas

Frente a un embarazo forzado de una niña menor de 15 años se pone en juego no sólo el **saber profesional sino también la sensibilidad y el sentido común.**

El carácter sexual del ataque, no por obvio, es menos decisivo en el impacto que tiene sobre la vida de esas niñas.

Los estudios y la práctica clínica psicoanalítica han subrayado la importancia crucial de la sexualidad en la estructuración psíquica, en la consolidación de la autoestima y de la identidad sexual; es decir, el conjunto de componentes que permite que los seres humanos se valoren en tanto sujetos sexuados. Por otra parte, los estudios feministas, han mostrado la influencia que tiene sobre estos procesos, la construcción social de la sexualidad femenina y masculina. Síntomas típicos que suelen aparecer son el asco, la repugnancia, la sensación de estar “sucia”, el rechazo del propio cuerpo o la necesidad de esconderlo. Los daños son mucho más severos cuando la violación o el abuso se producen en la infancia, haya o no habido penetración. Existe una amplia y documentada bibliografía sobre los daños del Abuso Sexual hacia NNA que destacan varios factores que contribuyen a la severidad de estos daños. Muy sintéticamente, podemos enumerar la inmadurez propia de la edad; la dependencia emocional en relación al victimario; en algunos casos, la exposición de la niña o el niño a la violencia del incesto; la reiteración de los episodios abusivos -algunas veces por etapas prolongadas- y el pacto de silencio, que suele rodear estas situaciones de victimización.

En la pubertad o la adolescencia –y más aún si la víctima no ha tenido experiencia sexual previa– también las consecuencias pueden ser muy severas, porque se trata de una etapa evolutiva y de una vivencia – la del inicio sexual- que son cruciales para el desarrollo futuro de una vida sexual placentera y saludable. En esta edad, si bien las chicas pueden estar preparadas biológicamente para la sexualidad, a veces no están maduras psicológicamente y en cualquier caso, es fundamental que el comienzo de las relaciones sexuales pueda vivirse en los tiempos adecuados, sin violencia y en el marco de relaciones afectivas compatibles con los valores y educación de cada persona. Una violación sufrida en la pubertad o adolescencia expone a un dispositivo psíquico aún inmaduro –en razón de la etapa evolutiva- a una vivencia que anuda sexualidad y violencia en la experiencia del inicio, generando un riesgo cierto y frecuente de que la víctima quede capturada por una imagen fija y angustiada que tiende a repetirse frente a posteriores acercamientos sexuales. El odio y el rechazo a los hombres, el temor y retracción ante las relaciones sentimentales y sexuales y la asociación obsesiva entre sexo y violencia, son algunas de las marcas frecuentes y que más dolor producen en las víctimas y también más difíciles de superar, si no media una adecuada intervención psicoterapéutica y/o experiencias afectivas reparadoras. (Chejter, Ruffa, 2005).

La hegemonía de un paradigma de sexualidad construido en función de valores masculinos genera vulnerabilidades objetivas

y subjetivas. Tanto las niñas, las adolescentes (como todos los seres humanos) construyen su subjetividad en el marco de esos valores, una subjetividad donde también se introyectan valores relacionados con la sexualidad, el género y lo generacional.

Las significaciones culturales contaminan muchas veces las vivencias de dolor y vejación y generan ambigüedades y hasta confusión en las víctimas.

En un estudio¹⁴ dirigido a analizar las vivencias de las adolescentes embarazadas, (Salinas Mulder y Fernández Ovando, 2014, p.13), destacan que “No siempre los embarazos no planificados son equivalentes a embarazos no deseados, (...) muchas veces las adolescentes y algunos adolescentes hombres lo experimentan más como una especie de escape o de solución e incluso con felicidad”. Sin embargo, señalan que es fundamental **visibilizar y a su vez precisar, la relación entre embarazo y violencias, en sus múltiples formas y relaciones.** En este sentido, recurren a una definición amplia de violencia de género y no la limitan sólo a la “violencia sexual” a la que reconocen como “causa directa y brutal de los embarazos”.

Este trabajo abre interrogantes y cuestiona ideas con fuerte arraigo acerca de las significaciones positivas de la maternidad sin profundizar en que estas significaciones están marcadas por relaciones de dominación, por la tolerancia social y agregamos, impregnadas de valores patriarcales y las dificultades que conlleva enfrentarse a la cultura hegemónica.

14) Es un estudio de carácter antropológico, basado en entrevistas en profundidad realizado en Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana.

La ambigüedad que pueden experimentar las niñas frente a las violencias a las que son sometidas y cuando además son embarazadas en ese contexto, es uno de los nudos críticos de la intervención, que implica intervenir en dos situaciones con complejidades distintas. Pueden darse no sólo en situaciones en las que las violencias son más difusas (presiones para tener sexo, presiones para no usar anticonceptivos, en el marco de “relaciones sexuales consentidas” en edades tempranas), sino también en los abusos que son perpetrados por familiares, conocidos o extraños.

Testimonio 1

La madre de la niña relata que estaban en la casa con su esposo e hijos cuando su hija comenzó a tener un fuerte dolor abdominal. La nena es llevada por su padre a la guardia del hospital para ser atendida. El padre se quedó en la sala de espera y luego de un largo rato, se presentaron ante él agentes policiales y se lo llevaron detenido. La niña había dado a luz un bebé, sexo masculino y había relatado a los médicos que la asistieron, los abusos a los que era sometida por el padre. Ya en las entrevistas, la niña relató que su padre la obligaba a “hacer cosas” cuando su madre no estaba y que su hermano había presenciado muchas de estas situaciones. El bebé fue dejado al cuidado de la madre de la niña. Antes de la 3er entrevista, la Defensoría dispuso alojar al niño en un Hogar, separarlo de su madre y abuela. Quienes intervinieron, consideraron que la madre y la abuela no podían cuidar del bebé. Fue así que se evaluó la

desvinculación. En el Hogar alojado el bebé para su resguardo murió broncoaspirado. Aunque luego dijeron muerte súbita. La niña no tenía consuelo.

Me impresionó tanto la desvinculación forzada por haberse evaluado desde un efector de protección infantil riesgos para el bebé, como el desconsuelo y lo traumático que fue para la niña la situación que vivía. No sabemos si en un futuro cercano la desvinculación se iba a dar de todos modos por su condición de madre- niña y bebé producto de un incesto. Pero cuestionamos la manera en que se produjo. Esta niña no tuvo ni posibilidad de acceder a una ILE ya que desconocía su embarazo, no hubo control alguno. Durante la única consulta, se desencadenó el nacimiento del bebé.

(Trabajadora social, Dirección General de la Mujer. Especializada en abuso sexual).

Las significaciones positivas de la maternidad están marcadas por relaciones de dominación, por la tolerancia social e impregnadas de valores patriarcales y las dificultades que conlleva enfrentarse a la cultura hegemónica.

Una de las situaciones que se aceptan – tanto por profesionales como por el entorno social– es el deseo de una niña de 13 años que dice querer continuar con un embarazo (no intencional) que expresa, se produjo en el marco de una relación con un adolescente. Más aún, llegan a la consulta acompañadas por sus madres y/o padres que aceptan sin cuestionar la situación, expresando que se trata de una relación de pareja, aun cuando puedan existir

importantes diferencias de edad. Y aunque se trate de esas situaciones, generalmente no se encaran los impactos que puede tener la gestación y el parto. Al menos eso se hace evidente en la mayor parte de la bibliografía y en las entrevistas, salvo excepciones.

Que el embarazo se haya producido en el marco relaciones consentidas, entre pares, **no hace desaparecer los impactos que tienen el embarazo y el parto.** También debe considerarse que en esas relaciones, aun cuando haya participación activa y consentimiento, **no desaparecen los estereotipos sexistas** que inciden en los modos de ejercicio de la sexualidad. Por ejemplo la más típica es que el chico presione a la niña a tener sexo sin protección y aún en el caso que ella conozca la anticoncepción, no logra zafar de la presión. Éstas son formas sutiles de ejercicio de la violencia, o si se quiere, del poder que los varones ejercen sobre las niñas (las jóvenes e incluso las mujeres adultas).

Son situaciones a las cuales es difícil para la niña afectada ponerle el nombre de violación o abuso, aunque tenga la clara vivencia de haber experimentado una situación contraria a su voluntad. Aunque haya “aceptado” la situación, pudo haber contrariado su deseo o no encontró el modo de oponerse. Muchas veces **estas experiencias son resignificadas tardíamente.**

Estas ambigüedades por parte de las mismas niñas o adolescentes dificulta la escucha de los y las profesionales, tanto los equipos de salud que las atienden, como la de quienes

están en contacto con ellas, en la escuela, Organismos de Protección de Derechos u otros espacios. El embarazo en estos casos viene a ser el emergente de una situación, que no es vivida como violenta, tal vez sí con ambigüedad y culpa y que por ende, dificulta hacerlo público, tomar decisiones en consecuencia o pedir ayuda temprana.

Los valores asociados a los estereotipos sobre los cuerpos, los roles y mandatos de género, inciden en las vivencias y significaciones de los embarazos en las niñas y adolescentes.

De modo que, a la conmoción del embarazo, deben sumarse los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia: la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo. El embarazo de esta manera, se constituye en un continuum de la situación de abuso que le dio origen. Si la violación no pudo ser contada o si fue silenciada por el entorno, el embarazo también estará rodeado de ocultamiento y estigma. Un embarazo forzado producto de una violación, unido a situaciones severas de indefensión, puede provocar graves daños.

Testimonio 2

La experiencia que más me impactó fue atender una adolescente de 14 años que llegó al centro de salud diciendo “yo a mi casa no vuelvo más, de acá no me voy, no me saca nadie”. Relata que estaba embarazada, que era abusada por la pareja de su madre y que “gracias a este embarazo él no la

iba a tocar nunca más, que el abuso se acabó, que se terminaba la pesadilla”. Confieso que esos decires no me los olvidé más. Ella vino acompañada de una amiga. Di parte al juzgado de turno, vino un patrullero por orden del juez para llevarnos al hospital donde quedaría en internación para estudios médicos, intervención de servicio social. Al llegar a la guardia, en ese momento el jefe a cargo me dijo **“es un caso social, no hay cama”** le expliqué que la adolescente no iba a volver a su casa, que manifestó ser abusada y que se encontraba con un embarazo producto de violencia sexual. Tuvo que acercarse el policía para decirle al jefe de guardia. “Hay orden judicial, tiene que darle la cama”. Luego intervino Trabajo Social del hospital, ya que la adolescente no quería que se acerque la madre haciendo referencia que ella sabía todo lo que pasaba. Antes de ir al hospital conversé mucho con ella acerca de qué quería hacer y me dijo “Éste será mi bebé, no de él, él es un monstruo. Mi bebé nacerá y él murió ya para mí”. Le expliqué que ella podía interrumpir ese embarazo, que tenía todo su derecho pero insistió en la continuidad. El caso lo siguió el hospital, supe más tarde que el embarazo se detuvo por un problema con el embrión. Creo que esa experiencia da cuenta la singularidad de cada caso. En éste, para esta adolescente, en ese momento, el embarazo era una liberación. Recuerdo que le mencioné todos sus derechos, que ella tenía derecho a interrumpir ya que era producto de un abuso, pero ella se mantenía firme en su decisión. Sostengo que cuando hacemos referencia al derecho

a decidir es a decidir lo que quiera, de haber continuado el embarazo por ser una adolescente hubiese requerido todo el acompañamiento psicológico médico y social para atravesarlo y luego acompañar en su maternaje. No sabemos qué hubiera pasado si nació. Me impactó porque la vi tan posicionada, una adolescente de 14, de clase media, con estudios, con capacidad ante la posibilidad de interrumpir, ella firmemente decía ‘no lo voy a interrumpir, este bebe es mío’. No sabemos si hubiera podido o querido materno más tarde, una vez que hubiera nacido. Tal vez si hubiera nacido y se hubiera parecido al padrastro lo hubiera detestado, pero bueno... es la subjetividad. (Psicóloga, Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir).

Que el embarazo se haya producido en el marco relaciones consentidas, entre pares, no hace desaparecer los impactos que tiene el embarazo y el parto.

Testimonio 3

Hubo varias situaciones difíciles. Una situación clásica es cuando la niña no registra el abuso y primero hay que brindar herramientas para pueda construir el significado del abuso que hizo que se genere un embarazo y luego ahí ella podrá tener una decisión clara e informada sobre si desea continuar o interrumpir ese embarazo. Tuve una adolescente de 14 años que llega acompañada de su madre y que no tenía registro del abuso

que había generado ese embarazo. Venía con un vínculo de abuso desde los 13 años por parte de su hermano mayor de 18 años, del cual quedó embarazada. Es su madre quien lo registra mientras la niña estaba en un vínculo de abuso amoroso, romántico con ese abusador. Se tuvo que realizar un trabajo de intervención psicológica para que ella pudiera identificar en qué contexto de abuso se produce ese embarazo, era una familia muy endogámica, con pocos vínculos por fuera, fue un trabajo de varias entrevistas psicológicas hasta que la niña pudo registrar esa situación y recién ahí tomar la decisión de interrumpir el embarazo. Accedió a la ILE y siguió en tratamiento psicológico. Como profesional de la salud tuve que realizar denuncia penal contra el abusador, el mismo se fue al Paraguay, esto pasó hace más de dos años, recién ahora la justicia se contacta conmigo y me avisa que voy a tener que declarar previo a que la niña me autorice a levantar el secreto profesional (la niña ahora tiene 16 años). Hubiera querido que la justicia acompañe desde el principio, estuve muy sola para que acceda a la ILE, no era fácil hace tres años atrás, hoy en día es distinto en CABA, pero antes era más difícil. Muchas veces los profesionales no quieren involucrarse con niñas y abusos, por las responsabilidades que tenemos ante los casos. (Psicóloga. Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. CESAC. CABA).

Testimonio 4

El caso de otra adolescente de 14 que acudió a la consejería de salud sexual reproductiva de mi centro de salud, acompañada de su

madre, para pedir una interrupción legal del embarazo. Pero dicho embarazo se había producido como consecuencia de relaciones sexuales consentidas con su novio de 16 años. Entrevistamos primero a la adolescente en relación al consentimiento de sus relaciones, luego explicamos que tenía derecho a la interrupción legal. Explicamos el procedimiento con medicamento y AMEU (Aspiración Manual Intrauterina) como el mejor método para ella. Luego hicimos entrar a la madre con el consentimiento de la niña, donde volvimos a explicar el tratamiento, la toma de la medicación, la pautas de alarma y la vuelta luego para ecografía post y AMEU. Hablamos de su cuidado de su salud sexual, de los diferentes tipos de anticonceptivos (esto a solas con la adolescente).

Siempre que vienen adolescentes acompañadas, se las entrevista a solas, excepto que ellas pidan esté presente el o la acompañante. Están aquéllas que directamente vienen al equipo de salud sexual o derivadas por la trabajadora social, o médica o psicóloga. Siempre se les explica el derecho a interrumpir un embarazo no intencional y en el caso de ser embarazo por abuso o violación, ahí en paralelo a la práctica de interrupción, se trabaja la denuncia en el Consejo de Derechos o juzgado. Si no contamos con adulto confiable que pueda acompañar, intervenimos nosotros desde salud. En mi centro de salud hay personal para detectar situaciones de abuso.

Creo que las situaciones de embarazo por relaciones sexuales entre adolescentes, en el marco de noviazgos o encuentros adolescentes deben encararse distinto a los embarazos productos de violaciones, ya

que hay consentimiento, al menos cuando se indaga en la entrevista. Puede ser que sea en el marco de violencia, en el marco de un noviazgo violento adolescente y ahí también será otro el modo de abordaje a diferencia de las relaciones de reciprocidad con consentimiento.

(Psicóloga, Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir Regional CABA).

4.2. Edad para “consentir, gestar y parir”

En el artículo de Deza y Álvarez (2019) titulado “*Consentimiento informado para gestar y parir: una obligación médica desatendida en las niñas*”, discuten una dimensión ignorada en las prácticas de los distintos actores sociales que intervienen en los embarazos forzados y no intencionales. Según las autoras, a diferencia de lo que ocurre con la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), que exige el consentimiento informado, el proceso de gestar y parir, está absolutamente naturalizado.

El embarazo, parto y puerperio [son] signos constitutivos ineludibles en la vida de cualquier persona con útero, construye sentidos en el imaginario sanitario sobre la inexorabilidad de la reproducción en la vida fértil y, por lo mismo, dificulta advertir la condición de riesgo que estos eventos obstétricos imprimen en los cuerpos.

El arraigo incuestionable de la maternidad como destino del género femenino, facilita que en el campo sanitario se evite computar debidamente el revés de la trama patriarcal que son las particularidades que depara una

gestación en la vida de cualquier persona y con mayor gravedad en niñas y adolescentes. (Deza y Álvarez, 2019; p. 1).

Esta ideología, sumado a los diversos escollos para el acceso a la ILE en el sistema público de salud - al que estas autoras adicionan la escasez de recursos simbólicos y materiales de las niñas y adolescentes que acuden a ese sistema- profundiza la desigualdad estructural con las que llegan a la consulta.

De esta forma el equipo de salud entreteje lo que llamamos la “trama sanitaria” de la maternidad forzada. (Deza y Álvarez, 2019; p. 2).

A la trama sanitaria las autoras agregan dos tramas que constituyen otros nudos críticos para el acceso a la ILE: la “**trama judicial**” y la “**trama confesional**”.

En todos los casos de injerencia indebida de magistrados/as para obstruir o dilatar una ILE en curso, el “interés superior del niño” es lo que los operadores dicen y sus cosmovisiones morales, éticas y religiosas de los operadores que se “cuelan” en la función pública, es lo que callan. A esta interferencia ilegal del campo del derecho en el campo de la atención de la salud, la llamamos la “trama judicial” de la maternidad temprana. (9/29/20. Deza y Álvarez, 2019; p.2).

La **trama confesional**. “Las religiones han tenido, y continúan teniendo, un impacto determinante sobre las formas de regular el orden sexual. En particular el impacto del catolicismo en la región ha matizado al derecho sentando las fronteras entre lo legal e ilegal en relación con las identidades y

prácticas vinculadas a la sexualidad (...) Estos sectores religiosos afines con el catolicismo y la iglesia evangélica que encubren sus dogmas con un discurso de defensa de los derechos humanos, además de activar públicamente en contra de la legalización del aborto por voluntad de la mujer, cuestionan la ESI (Educación Sexual Integral) que posibilita decisiones libres y autónomas, obstruyen las políticas de anti-concepción que impedirían gran parte de los embarazos no intencionales; y respecto del aborto permitido por la ley, predisponen acciones —más o menos veladas según la publicidad que tome el caso— para impedir el acceso a la salud y, en último término, a imponer un plan de vida heterónimo y peligroso en términos de salud integral para las niñas: el de la maternidad como designio divino, ineludible. A ésta, la llamamos la “trama confesional”. (Deza, Álvarez, 2019; p. 2).

Deza y Álvarez (2019) consideran que los embarazos forzados y no intencionales conllevan una atención obstétrica invasiva, sea parto o cesárea, sin embargo no son considerados como tales por la naturalización social de la maternidad a cualquier edad, aún a los 13, 14 o 15 años. Proponen en consecuencia el consentimiento informado para gestar. La propuesta conlleva un giro crucial en el abordaje de los forzados y no intencionales. (Ver parte VII).

Parte V

5. Pautas orientativas para la intervención con perspectiva de género y generacional

En este capítulo se dará cuenta de la importancia de intervenciones enmarcadas en una perspectiva de género y generacional. Esto implica abordajes que van más allá de los saberes disciplinarios. Son situaciones de gran complejidad que involucran no sólo aspectos psicológicos sino también dimensiones ideológicas y éticas.

Aún si no se puede afirmar de manera tajante que todos los embarazos antes de los 15 años son producto de abusos, al momento de conocer que una niña de 12, 13, ó 14 años está embarazada, lo primero a descartar es que no sea un abuso. Aún cuando la niña diga que es un embarazo en el marco de relaciones entre pares, aún cuando la niña diga que desea continuar con el embarazo, se debería, igualmente descartar que no haya habido violencia. La lógica de la intervención **debe ser ante todo determinar si hubieron situaciones de violencia sexual, cualquiera haya sido el ámbito de ocurrencia o su modalidad.** Asimismo atenderse en forma simultánea ambas situaciones, ya que son igualmente urgentes. Ni uno ni lo otro es más urgente.

En lo que sigue se enuncian algunas dimensiones a tener en cuenta en las intervenciones:

1. El tipo de relación de la niña con el abusador. La relación de poder, autoridad, la dependencia afectiva entre otras, son aspectos que limitan la capacidad de reacción de las niñas. Aún cuando sientan rechazo, asco, incomodidad, en fin, diversos sentimientos y sensaciones negativas (que no siempre pueden describir con claridad), **no pueden o no saben cómo** oponerse al adulto que puede ser su padre u otro familiar o allegado. Incluso alguien del entorno social no familiar o un extraño.
2. La edad de la niña y lo que esto conlleva en cuanto a las asimetrías de poder, de saber, de gratificación. Cuanto más temprana es la edad mayor es la dificultad de las víctimas, para “comprender” lo que están viviendo. Hay un **“no saber”, una incapacidad para significar la experiencia y sobre todo hay un “no saber” sobre la sexualidad.**

“Yo creía que así era como los padres expresaban su amor por sus hijas”.

(MM incestuada por su padre entre los 9 y los 12 años: Silvia Chejter, entrevista inédita)

3. La dificultad de oponerse, de “decir no” se da también en la relación entre pares. Aún cuando las niñas o adolescentes no rechacen el embarazo en el marco de una relación entre pares, deben analizarse los contextos ya que también en estas

relaciones hay dinámicas de dominación y desigualdad asociadas a distintas modalidades de coacción sexual.

4. La vulnerabilidad ligada a la edad se potencia con la vulnerabilidad de género. Ya que a las niñas desde pequeñas aprenden las reglas, es decir “se portan bien”. Y todavía en las sociedades patriarcales “portarse bien” es actuar según las reglas patriarcales: obedecer al varón y sobre todo, tener una sexualidad al servicio de los varones.

“Yo era una nena. Vivía con mis padres, mi tío, mis hermanos. Mi mamá no me dejaba tener novio, pero yo igual tenía. Entonces yo no sabía. Mi novio me decía hay que hacer esto, vos déjate, y yo me dejaba. También me dejaba con los amigos de él. El me decía que me deje, que eran los amigos de él, y que él sabía. Yo era una nena, no sabía nada”.

(Silvia Chejter, *La niñez prostituida*, 2000. UNICEF).

5. Las vivencias de una sexualidad abusiva pueden variar según la conciencia que experimenten al momento de los abusos. No es lo mismo ser abusada y tener conciencia de ese abuso, o al menos sentir rechazo, que no tener ese tipo de registros. La conciencia del abuso puede ser un factor que mitigue los impactos de esas experiencias y contribuya a salir de la situación de atrapamiento que caracteriza a las relaciones donde se ejercen violencias sexuales.

6. Las dificultades para relatar lo ocurrido. No siempre ni todas las niñas o adolescentes abusadas pueden relatar el abuso. Hay quienes pueden hacerlo, otras no encuentran palabras para contarlo, ni adjetivos para expresar lo que sintieron. También pueden temer reacciones represivas de su entorno familiar, o sentir temor al estigma social. Éstas son algunas de las posibles razones por las cuales las niñas y adolescentes callan los abusos y también los embarazos.¹⁵ Pueden igualmente sentir temor al castigo si lo relatan o estar atrapadas en el clima de ocultamiento que el abusador crea.

7. La situación de **vulnerabilidad objetiva y subjetiva** que tienen las niñas en sociedades patriarcales, vulnerabilidad que se profundiza cuando hay un embarazo y cuando se convierten en madres, en edades tempranas. Aún cuando no haya violencia explícita o aún cuando las presiones u otras conductas seductoras o manipuladoras no sean vividas como violentas por la niña. Intervenir con un enfoque de género y generacional en casos de niñas embarazadas –aún cuando el embarazo sea producto de una relación entre pares– requiere reconocer que las niñas están inmersas en la cultura patriarcal y al igual que el resto de gran parte de la sociedad aceptan acríticamente la maternidad sin tener dimensión de lo que implica convertirse en madres a tan temprana edad. Reconocer que si bien hay contextos facilitadores que generan indefensión y suman vulnerabilidades

15) Cabe destacar que en la investigación bibliografía se buscó especialmente material que diera cuenta de la experiencia de las niñas y adolescentes. Hay observaciones realizadas por adultos, y una gran parte de los estudios remiten a los impactos de los abusos en las edades adultas. Igualmente se solicitó información a algunas de las referentes entrevistadas y las respuestas indican que este aspecto en particular, es un área de vacancia en la investigación social.

sociales, económicas, pertenencia a etnias en las cuales hay otros criterios de niñez, éstas **se conjugan con la vulnerabilidad de género y generacional**.

Esta es una tarea que requiere profesionales que más allá de sus creencias e ideologías, puedan comprender las implicancias de las maternidades forzadas y tempranas, y “escuchar”, es decir, interpretar lo que suele llamarse “el deseo de ser madre” a los 11, 12 o 13 años, en el marco de una perspectiva de género y generacional. ¿Cómo desconstruir “el deseo de maternidad” en esas edades?

Parte VI

6. Reflexiones finales

Las ideas desarrolladas hasta aquí, los testimonios y las Buenas Prácticas incluidas en este documento permiten dar cuenta que hay experiencias que constituyen avances en el abordaje integral de la problemática que van perfilando un modelo que se caracteriza por la interdisciplinariedad y la interinstitucionalidad y por la puesta en práctica de criterios que se encuadran en una perspectiva de género y generacional, criterios que se basan en la legislación nacional e internacional vigente en nuestro país, pero a la que no siempre se adecuan las prácticas profesionales e institucionales.

Del análisis realizado surge la centralidad del Sistema de Salud como articulador de un abordaje interinstitucional que incluye al Sistema Educativo, al Servicio de Administración de Justicia y a los Organismos de Protección de Derechos de NNA, tal como se ha visto en la parte I. El papel articulador del Sistema de Salud se basa en, al menos, tres razones: 1) la primera es que tarde o temprano una niña embarazada llega a un centro de salud o a un hospital; 2) la segunda es que el sistema de salud generalmente cuenta con los recursos humanos; y 3) la tercera es que aún en los lugares más aislados de la Argentina existe una unidad sanitaria.

Uno de los vacíos más importantes es la inexistencia de equipos especializados en

abusos sexuales, en especial en lugares del interior del país.

Como propuesta para la reflexión se puntualizan ejes a tener en cuenta para la elaboración de un modelo, tarea que requiere por un lado, consensos sectoriales y por el otro, flexibilidad para adaptarse a las características y a los modos de funcionamiento de cada sector y abarcar las diversidades que se presentan.

El o los modelos, deberían fijar los siguientes ejes, que se podrán redefinir:

- **Población foco:** niñas y adolescentes menores de 15 años.
- **Equipo interdisciplinario:** articulación intrahospitalaria por parte de profesionales de los servicios más directamente involucrados (pediatría, adolescencia, clínica médica, salud mental, obstetricia, servicio social, guardia).
- **Articulación intra o extrahospitalaria del equipo de salud con un equipo especializado en abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes:** el embarazo y el abuso deben ser abordados en forma simultánea. Si el hospital o centro de salud no cuenta con especialistas debiera articularse con especialistas de otras áreas municipales o provinciales.

- **Atención médica. Abordaje del embarazo:** las niñas o adolescentes deben saber que tienen la posibilidad de interrumpir el embarazo, así como también conocer acerca de los riesgos de la gestación y el parto no sólo a nivel de su salud, sino en todas las implicancias para su vida futura.
- **Atención psicológica:** el eje de la atención debe centrarse en el contexto abusivo y la integridad psicológica sin olvidar que esas situaciones afectan todas las esferas de la vida, incluido el sentido de justicia.
- **Orientación e información a las personas del entorno familiar o referente de confianza de la niña:** este acompañamiento se impone como fundamental por la vulnerabilidad de las niñas víctimas de violencia sexual o abusos sexuales.
- **Articulación con el Sistema Educativo, Organismos de Protección de Derechos y con el Servicio de Administración de Justicia:** si la niña ingresa por salud, es esta institución la que tiene que establecer el contacto con el servicio de Administración de Justicia. Si la detección se realizó en la escuela, ésta es la responsable de acompañar inmediatamente a la niña a un centro de salud y articular también con Justicia. Igualmente debe articularse con los Organismos de Protección de Derechos, que además del cuidado de la niña, deben evaluar los riesgos, quién es el agresor, si conviven, si es del entorno cercano, si hay riesgo de contacto, etc. para tomar las medidas de protección excepcionales que estas situaciones

requieren. Estas articulaciones deben acordarse institucionalmente y delimitar con claridad las incumbencias. Justamente este es uno de los principales objetivos de los Protocolos Interinstitucionales.

Dada la celeridad que exige la atención de los embarazos y teniendo en cuenta que las capacidades de cada localidad o provincia, y en tanto no existan protocolos interinstitucionales que contemplen la problemática objeto de este documento deberían acordarse mecanismos de Atención y derivación de casos así como instancias de intercambio, ateneos, interconsultas.

- **Estrategias de prevención:** entre otras acciones prioritarias cabe señalar: 1) la detección de situaciones abusivas no sólo en los ámbitos de salud, sino también en los de educación y comunitarios; 2) la necesidad que los y las profesionales de los servicios de atención de salud sexual y reproductiva estén capacitados para detectar abusos sexuales y la explotación sexual infantil, ya que se destacan como los antecedentes más importantes de los embarazos forzados; igualmente las/os operadoras/es del Sistema de Protección Integral deben estar capacitados para la detección.

Dentro de las estrategias de prevención primaria deben desarrollarse estrategias de comunicación e información diferenciales dirigidas a sectores específicos de la sociedad y a la sociedad en su conjunto.

- **Capacitación y formación profesional:** es fundamental la capacitación para

la intervención en todos los ámbitos, con las especificidades que tiene cada sector institucional, desde un enfoque interseccional y con perspectiva de derechos humanos.

Es necesario tener en cuenta que el proceso de intervención en casos de abusos sexuales hacia NNA se realiza en diversas fases –detección, notificación, investigación, evaluación, toma de decisión, intervención propiamente dicha– en las cuales participan distintas instancias del Sistema de Protección Integral. Cada sector tiene responsabilidades distintas. Algunas de estas funciones –la detección y la notificación– no requieren de profesionales especializados; la de investigación puede necesitarlos o no. En las siguientes fases –evaluación, toma de decisión e intervención propiamente dicha– se requiere capacitación específica, tanto para “la entrevista a NNA” (único instrumento específico cuando existe sospecha de abuso sexual sin daño físico, hecho que ocurre en la mayoría de las situaciones abusivas intrafamiliares o incestuosas) como para la “evaluación de riesgo”. Dos actividades complejas que requieren profesionales especializados. (Ganduglia, 2014).¹⁶

Por último queda pendiente el desafío de pensar cómo hacer socialmente audibles las voces de las niñas y adolescentes abusadas y forzadas a ser madres a edades en las que todavía juegan o deberían jugar. ¿Cómo minimizar las distorsiones producidas por quienes intervienen, ya sea una entrevista de contención, el registro de un testimonio, o una escucha desde otros roles profesionales?

Si aún las mujeres adultas tienen dificultades en poner en palabras sus experiencias y vivencias de violencias sexuales, cuánto más difícil es que una niña o adolescente encuentre el lenguaje que sea comprensible para las personas adultas, más aún cuando no han pasado por esas experiencias. Aún con todas las dificultades de traducción e interpretación que pueden tener los relatos de las experiencias de violencia, es ineludible desarrollar espacios para que esas voces sean escuchadas.

16) Un tema recurrente en las entrevistas fue la falta de equipos y /o profesionales especializados en todas las provincias y en todas las regiones, no sólo en centros urbanos o en algunas ciudades.

Parte VII

7. Buenas prácticas

Tanto en las entrevistas realizadas como en la bibliografía consultada se han identificado Buenas Prácticas en las distintas áreas que competen a los actores que integran el Sistema de Protección Integral de Derechos. Seguramente hay otras experiencias que no han sido incluidas y deberían ser conocidas y valorizadas. Hemos realizado una selección, tratando de incluir distintas provincias y distintas áreas de intervención. Sirva esta primera muestra para abrir un debate necesario para la construcción de un dispositivo para la prevención y el abordaje de los abusos sexuales y embarazos forzados, así como también embarazos no intencionales.

7.1. Sistema de salud

Tanto la Red para la Atención de los Abusos Sexuales y Embarazos de Niñas menores de 15 años de Chubut, como el CESAC del Barrio de Villa Lugano constituyen ejemplos de la relevancia de algunos efectores del Sistema de Salud. Asimismo indica el rol y la relevancia de la Red de Profesionales de Salud por el Derecho a Decidir, cuya estrategia de trabajo en red –cada más conocida– redundan en respuestas rápidas y eficientes, que en el caso de los embarazos en edades tempranas, garantiza la mejor respuesta posible.

El tercer ejemplo retoma con una propuesta de institucionalizar la práctica del consenti-

miento informado para la continuidad de los embarazos. Por último, el ejemplo 4 debe ser destacado como un Protocolo con un claro encuadre de género, haciendo visible que los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años *“está vinculado de algún modo a la violencia; tanto de manera inmediata, en los casos en que los embarazos son producto de una violación u otra relación abusiva, como de la forma más estructural, múltiple y acumulada en el tiempo, cuando las niñas y adolescentes tienen trayectorias que implican diversas vulneraciones a sus derechos que las sitúan en un contexto de asimetrías de poder o en escenarios de escasas posibilidades de elección autónoma de sus proyectos de vida”*. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Desarrollo Social, Administración Nacional de educación, Administración de Servicios de Salud del Estado, 2019. Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. Montevideo, Uruguay.

7.1.1. Estrategia en red para la atención de los abusos sexuales y embarazos de niñas y adolescentes. Chubut

La atención de esta problemática la realizan un grupo de profesionales que trabajan en forma articulada, en lo que se conoce como Estrategia en Red. Las consultas por embarazos en los que se sospecha ha habido abuso, cualquiera sea la vía del ingreso

al sistema institucional, son derivadas a profesionales del Servicio de Ginecología del Hospital Zonal de Esquel. En casos de abusos articulan con Fiscalía y Servicio de Protección de Derechos de NNA y Comisaría de la Mujer y si se trata de niñas/adolescentes embarazadas, en algunos casos, también articulan con Socorristas en Red. En los embarazos de niñas/adolescentes de menos de 15 años en los que se sospecha abuso se aborda ambas problemáticas a las que se considera igualmente urgentes.

En relación al abuso específicamente, desde hace aproximadamente tres años, hay un grupo de profesionales en Esquel, que se ha capacitado sobre abusos sexuales y lo sigue haciendo en forma continua. Este equipo (Red de Trabajadoras de la Salud contra las Violencias del Hospital Zonal de Esquel) se ha constituido por motivación propia de las profesionales que lo conforman. Han brindado múltiples capacitaciones sobre abuso sexual, en conjunto con la Mesa de Género de la Fiscalía de Esquel, a trabajadoras/es de la salud del Hospital de Esquel, de los CAPS y del área rural.

Las situaciones de abuso sexual son abordadas en tres lugares diferentes. Cuando son niñas o cuando es un abuso agudo, se atienden en el Hospital Zonal de Esquel: las niñas en el Servicio de Pediatría y las adolescentes en el de Tocoginecología. El abordaje de los abusos crónicos de las adolescentes se realizan desde el Servicio de Adolescencia.

En casos en que las niñas y adolescentes lleguen al Servicio de Adolescencia (ya

conocido por muchas adolescentes de la ciudad), o a algún CAPS, o al Hospital Zonal de Esquel embarazadas, siempre que sean recibidas por alguna profesional de **la Red**, se hace una primer consejería, se solicitan algunos estudios básicos (ecografía, laboratorio) y son derivadas al Servicio de Adolescencia, que cuenta con una Médica Generalista y Psicólogas. También hay allí un Ginecólogo que es objetor de conciencia (pero no obstaculiza el acceso a la ILE).

Las niñas/adolescentes, a veces llegan solas y otras acompañadas. Siempre se intenta en primer lugar ofrecer contención y un espacio amoroso que pueda albergar su verdadero deseo. En cualquier caso se intenta, de ser posible, contar con el acompañamiento de algún/a adulta/o en quien ellas confíen. Lo más importante es poder acompañar su deseo y hacerle saber que serán acompañada en sus decisiones por nuestro equipo.

Se plantea la opción de la ILE como un derecho y **se le explica que todos los embarazos y partos tienen riesgos y que ella tiene derecho a conocer esa información. Que además, si son menores de 15 años, esos riesgos se incrementan y a su vez, que los riesgos son mucho menores en la interrupción del embarazo con métodos seguros en el sistema de salud.**

Si una niña de 13 o 14 años dice que el embarazo fue producto de su relación con un adolescente, [su "novio"] se le explican los riesgos, se le ofrece consejería en opciones. No siempre las relaciones entre adolescentes son abusos sexuales. Es imperioso brindar

un espacio de escucha amoroso que pueda albergar la multiplicidad de situaciones que pueden estar aconteciendo.

El hospital recibe derivaciones de 11 hospitales rurales.

Algunas de las profesionales de la red integran el Equipo Multidisciplinario de Interrupción Legal del Embarazo –EMILE–. Este equipo está conformado hace 4 años. Lo integran psicólogas, médicas/os generalistas, pediatra y ginecóloga. De este equipo participan profesionales del hospital de Esquel, de 2 CAPS de Esquel, del Servicio de Adolescencia de Esquel y del equipo del Hospital de Trevelin. Todas las personas que solicitan una ILE son entrevistadas por EMILE, se les ofrece la entrevista con una de las psicólogas y luego se deriva a la médica que corresponda, según su situación. En los CAPS se garantizan todas las ILEs de 1º trimestre, de personas mayores de 20.

El Servicio de Adolescencia (que funciona en un edificio fuera del hospital) es donde se garantizan las ILEs de todas las personas menores de 20 años. Sin embargo, en situaciones de ILEs de 2º trimestre se derivan al hospital de Esquel, ya que es en este Hospital, en la internación del Servicio de Tocoginecología, donde se garantizan las ILEs de 2º Trimestre (más de 12 semanas) o cualquier otra situación que aunque sea de 1º Trimestre requiere internación. La garantía del 2º Trimestre se realiza hasta la semana 23 y está a cargo de una sola ginecóloga. Las/os otras/os 7 ginecólogas/os son objetoras/es de conciencia.

En las provincias de la Patagonia son muy

pocos los lugares en los que se garantizan ILEs en todo el segundo trimestre. Eso resulta en gran cantidad de derivaciones a Esquel por este motivo, no sólo desde los hospitales correspondientes al área programática de Esquel, sino también de otras zonas de la provincia y de otras provincias en las que estas situaciones no son resueltas por ningún profesional. Muchas veces, las niñas/adolescentes requieren internación ya que no tienen red de contención para hacer el tratamiento ambulatorio.

(Médica Hospital de Esquel- Red de Profesionales de Salud por el Derecho a Decidir. Provincia de Chubut).

7.1.2. Modelo de abordaje interdisciplinario. CESAC. Zona Sur. Barrio de Villa Lugano (CABA).

En mi CESAC el equipo de ILE lo conforman: médicas generalistas, ginecólogas, trabajadora social, psicóloga, residentes de educación para la salud.

Cuando una niña o adolescente accede por ILE se realiza entrevista para evaluar si tiene conciencia del embarazo y si es un embarazo no deseado. Se evalúa si hubo alguna situación de abuso. Si viene acompañada de alguna persona adulta referente, se realiza entrevista en conjunto en algún momento de la consulta, pero la prioridad es la entrevista con la niña/adolescente de manera individual y confidencial.

Se le informa sobre su derecho a la ILE en caso de embarazo no deseado o no planificado y se le informa su derecho al secreto profesional

y según lo establecido por el Código Civil la realización del consentimiento informado y el requisito de la declaración jurada en caso de abuso para el acceso a la práctica de ILE.

En general llegan acompañadas de algún familiar, madre, hermana, tía, padre, prima o de alguna amiga de su misma edad en caso de adolescentes mayores de 15 años.

Primero, si la niña /adolescente dice que sí, se las recibe en conjunto, se realiza una breve entrevista con el objetivo de establecer un lazo de confianza con la niña/adolescente y luego sí o sí se realiza una entrevista individual con la niña/adolescente para evaluar si tiene registro del embarazo y si es producto de una situación de abuso. Las preguntas se centran sobre su decisión y su deseo, si tiene conocimiento del embarazo, si sabe lo que significa, si desea continuar con el mismo o no, si es por abuso intrafamiliar o de algún conocido, si es producto de relación sexual forzada (amigo, novio, familiar, conocido), sobre qué red social tiene, etc.

Lo más importante es saber qué registro tiene del embarazo, cómo lo significa y si es por abuso sexual. Se le informa de su derecho a acceder a una ILE o de continuar el embarazo. Se le plantea como derecho, uno de sus derechos en relación a su vida sexual, reproductiva o no reproductiva.

En realidad, lo primero es conocer su decisión y su posición autónoma ante esa decisión, por sí misma y no por ser una decisión forzada por el adulto que la acompaña. Con las niñas y adolescentes acompañadas de personas

adultas (se da en la mayoría de los casos que he atendido) es importante diferenciar esto, que sea una decisión de ella. Nuestra función es poder informar todo lo necesario para contribuir a esa decisión autónoma de acuerdo a la edad y lo planteado en el Código Civil y el Protocolo ILE.

Se plantean los riesgos de continuar y de interrumpir el embarazo y se aclara que continuar con un embarazo a término (un parto) siempre es más riesgoso que realizar un aborto seguro en un servicio de salud pública. Esta interrupción no pone en riesgo su salud y su vida.

Todos los profesionales de salud que trabajamos con niñas y adolescentes tendríamos que tener formación sobre abuso y poder tener los recursos para “detectar” estas situaciones, la realidad es que hay pocos profesionales formados en el tema y con interés de involucrarse y abordar estas situaciones.

Igual se realiza entrevista individual para identificar si fue una relación sexual forzada (esto es con cualquier mujer también, a veces es en la entrevista con el/la profesional de salud que registran que es un abuso, aunque sea su amigo o novio).

Si la decisión es continuar el embarazo (aun cuando sea producto de un abuso, es raro pero puede pasar) se la acompaña para continuar su embarazo de manera segura y se le brinda igual la información acerca del derecho a la ILE. También se trabaja con su familia y personas adultas referentes para acompañar a esta niña y adolescente,

conocer su red social y de apoyo y se trabaja en establecer un vínculo de confianza con la niña para que recurra al profesional de la salud como parte de su red social.

En caso de abuso hay obligaciones de los profesionales de salud que no existen en otra situación, como es declarar esa situación de

abuso y realizar denuncia en caso de menor de 16 años. Siempre es importante brindar la información a la niña y adolescente de las obligaciones y responsabilidades del profesional, como es el secreto profesional y si existe abuso, la responsabilidad de denuncia. (Integrante de Red de Profesionales de Salud por el Derecho a Decidir)

7.1.3. Consentimiento informado para gestar¹⁷

Se transcribe a continuación la propuesta que hacen Deza y Álvarez (2019) de formu-

lario de consentimiento informado para la gestación.

A los días del mes de del año
atiendo en mi consultorio del Hospital y/o Clínica
..... de la localidad de
de la provincia de a la paciente
....., DNI
de años de edad que viene (sola)
y/o en compañía de, de
años de edad, quien manifiesta ser (pariente y/o
allegado/a afectivo) de la paciente.

Estado de salud

La paciente viene a la consulta por
Luego de revisarla y de analizar los estudios de imágenes/laboratorio que traen consigo,
constato un EMBARAZO de semanas, siendo la fecha de su última
menstruación el y su fecha probable de parto el
Le informo a la paciente que todo EMBARAZO tiene riesgos con posibles estados de
inmunodepresión materna y fundamentalmente por la edad materna, de su salud mental /
psicológica, así como también para alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación,
enfermedades cardiopulmonares, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, etc.
Le pregunto sobre alguna patología pre-existente y la paciente manifiesta
.....
frente a lo cual le informo que su embarazo puede agravar y/o complicar su estado de salud
por

17) Aunque es extenso se incluye completa la propuesta de consentimiento informado de ambas autoras.

Le pregunto a la persona que la acompaña sobre alguna patología pre-existente en la paciente, y responde

Procedimiento propuesto para el embarazo y final del embarazo

Control prenatal: durante el embarazo, tanto la mujer como el producto de la gestación, se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado.

El control prenatal tiene como finalidad disminuir los riesgos que un embarazo, como proceso invasivo, provoca en la vida de cualquier persona gestante.

De esta forma le informo a la paciente que, de consentir llevar adelante la gestación, luego de conocer los riesgos que la misma produce en su vida y en su salud, el parto podrá darse por vía vaginal o por cesárea, pero ello será motivo de otro proceso de Consentimiento Informado cuando se aproxime la fecha probable de finalización del embarazo.

Aun cuando el procedimiento para la finalización del embarazo será producto de un proceso de consentimiento informado aparte, le informé a mi paciente que la terminación del embarazo puede darse mediante 3 situaciones:

a) El parto espontáneo por vía vaginal, es la manera fisiológica de finalización de un embarazo y ocurre cuando las contracciones uterinas modifican al cuello uterino y producen el descenso de la cabeza del feto.

En el caso de niñas y adolescentes, cuando el embarazo llega a término o hay una indicación médica para finalizarlo y las contracciones no se presentan o no son efectivas, será necesario realizar una inducción o conducción del trabajo de parto. Esto consiste en provocar farmacológicamente la finalización de la gestación, generando y/o regularizando las contracciones uterinas, bajo la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal. A esta edad hay mayor riesgo que con la inducción o conducción del trabajo de parto puedan presentarse efectos indeseables en la madre o en el feto, a saber: a) Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las veinticuatro horas de la rotura de la bolsa amniótica. b) Aparición de un sufrimiento fetal agudo, o intolerancia fetal a las contracciones uterinas por disminución del aporte de oxígeno al feto. c) Fracaso de la inducción. d) Rotura uterina, complicación muy infrecuente, y que genera un grave riesgo para la vida de la madre y del feto. e) Prolapso de cordón. La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre y/o del feto.

b) La cesárea: es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal. Es una intervención quirúrgica o cirugía. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Este procedimiento se realiza bajo anestesia. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo y puede ser, raquídea, epidural o general.

Si bien la cesárea es la cirugía mayor que más se realiza en el mundo no está exenta de

riesgos o complicaciones. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad edad de la madre) y los específicos del procedimiento, tales como: a) Hemorragia. b) Atonía uterina (pérdida del tono muscular del útero y un retraso en su involución). c) Endometritis (infección), que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada y/o la necesidad de extraer el útero. d) Fiebre e) Infección de la herida f) Seromas y hematomas g) Afecciones de vías urinarias h) Dehiscencia de la herida y/o eventración postquirúrgica. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re-intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

c) Aborto espontáneo: es la interrupción involuntaria de la vida intrauterina que ocurre a menudo por distintas causas y que imponen la obligación de consultar para evitar cuadros sépticos.

Riesgos, molestias y efectos del embarazo en la salud y la vida

El embarazo tiene riesgos en la vida de cualquier persona gestante, independientemente de su edad. Entre ellos, la Organización Mundial de la Salud indica que existen cinco causas principales de muerte de la mujer durante el embarazo y el parto. Las principales causas de muerte de la mujer durante el embarazo y el parto son cinco: hemorragias graves, infecciones, abortos peligrosos, trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia) y afecciones médicas que complican el embarazo o se ven complicadas por él, como las cardiopatías, la diabetes o la infección por VIH/SIDA.

Cada año se producen en el mundo más de 135 millones de partos. Se calcula que unos 20 millones presentan complicaciones posteriores relacionadas con el embarazo. La lista de enfermedades es larga y diversa por ejemplo, cuadro séptico, anemia, fístulas, incontinencia, esterilidad y depresión. La salud materna refleja las diferencias entre ricos y pobres. De todas las muertes maternas, menos del 1% corresponde a los países de ingresos elevados. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100.000 nacimientos, frente al 12 por 100.000 en los países desarrollados.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015 y otros 2,6 millones nacieron muertos.

Además de los riesgos que el EMBARAZO provoca en cualquier persona gestante, le

informo a mi paciente que en el caso de niñas y adolescentes existe evidencia científica que indica que las niñas madres menores de 15 años corren más riesgo de muerte en el embarazo, mayor riesgo de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos), mayor riesgo de parto pre-término (antes de las 27 semanas de gestación), mayor riesgo de mortalidad perinatal, mayor riesgo de eclampsia (convulsiones), mayor riesgo de hemorragia posparto y mayor riesgo de infección endometrial.

Le explico a la paciente que el 2,8% de las niñas menores de 15 años tuvo un parto pre-término, mientras que esa cifra disminuye al 9,2% de adolescentes entre 15 y 19 años y el 8,2% de mujeres de 20 años y más. Un dato significativo se refiere a la tasa de mortalidad infantil, definida como la que indica las muertes de menores de un año por cada 1000 nacimientos. Esta tasa se observó en un 24,4% en grupos de madres menores de 15 años; 13,9% en grupos de madres de 15 a 19 años y 9,3% en grupos de madres mayores a 20 años.

Le informo a la paciente que mientras que la tasa de mortalidad infantil de niños nacidos de madres mayores de 20 años es de 9,3 por mil, para el rango de madres entre 15 y 19 es de 13,9 por mil y se eleva a 24,4 por mil en las madres menores de 15 años.

Y como el concepto de salud que debemos resguardar como profesionales de la salud es el de una salud INTEGRAL, esto quiere decir salud física, psíquica y social, no exclusivamente física y no exclusivamente que signifique ausencia de enfermedad, le informo también a mi paciente que la maternidad en la adolescencia es más frecuente en niñas en situación de vulnerabilidad que tienen menor nivel educativo y por ello, una ciudadanía más debilitada. Según la Encuesta sobre Condiciones de Niñez y Adolescencia elaborada por UNICEF en el año 2013, casi un cuarto de las madres adolescentes no llegó a terminar la educación primaria. Un estudio realizado en Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Provincia de Buenos Aires evidenció que el 85% de las adolescentes embarazadas no completó el secundario durante el primer embarazo y el 94% durante el segundo embarazo.

Alternativas terapéuticas

A consecuencia de los riesgos que tiene para la salud integral de toda niña y adolescente, el EMBARAZO como proceso orgánico de riesgo y por lo tanto, INVASIVO (esto es que pone en riesgo la vida de una persona), le informo a la paciente que existen dos alternativas terapéuticas:

- 1)** Continuar la gestación y llevar a término el embarazo, sabiendo los riesgos que provoca para su salud y conociendo que una vez que se aproxime la fecha probable de parto, recién será factible planificar si el parto será por vía vaginal o por cesárea según las condiciones en que se encuentre la paciente y el producto de la gestación.
- 2)** Interrumpir el embarazo. En Argentina interrumpir un embarazo producto de una violación o que ponga en riesgo la salud o la vida de la persona gestante, es una opción legal desde el año 1.921. En el caso de niñas y adolescentes donde las estadísticas y la evidencia científica nos muestran que los riesgos de llevar adelante un embarazo son mayores para su salud por su edad, el aborto es alternativa terapéutica lícita que se conoce

coloquialmente como "causal salud"; y también es una alternativa terapéutica lícita para todos los casos donde la relación sexual no se ha consentido. Le explico a la paciente que esto quiere decir que, al ser una opción legal, la interrupción de su embarazo no es un delito y por ello es que puede elegirla; y es mi obligación garantizarla, ya sea personalmente o a través de una derivación como indica la ley 26.529. En caso de decidir abortar, le explico a la paciente que existen procedimientos sin riesgo para ello, indicados por la Organización Mundial de la Salud como es el aborto con pastillas o farmacológico que puede utilizarse hasta la semana de gestación y/o el AMEU (Aspiración Manual Endouterina) que puede usarse hasta la semana En caso de elegir este curso de acción terapéutica (ILE) se iniciará otro proceso de Consentimiento Informado a estos efectos.

Luego de haberle leído en voz alta a la paciente las particularidades que tiene un EMBARAZO en su estado de salud y los riesgos que un EMBARAZO y un PARTO o una CESÁREA tienen para ella, en un lenguaje claro y acorde a sus competencias, le pregunto si tiene alguna duda, si desea más información sobre algún tema y si está en condiciones de tomar una decisión, puede firmar como prueba de conformidad. También le explico que si necesita más tiempo para tomar una decisión, puede pedirlo, pero que por su edad gestacional de es importante tome una decisión en un plazo no mayor de

La paciente me manifiesta

Y como el EMBARAZO, por los riesgos que produce en vida de la paciente es un proceso orgánico invasivo, esto es que pone en riesgo su integridad de la paciente que cuenta con años, debe asentir y completar este proceso de consentimiento informado su representante legal, progenitor/a y/o allegado afectivo por ser menor de 16 años (art. 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación).

Firma de la Paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma de el/la representante legal, progenitor/a y/o allegado afectivo:

Vínculo con la niña y/o adolescente:

Aclaración:

DNI:

Firma de el/la Médico/a:

Aclaración:

DNI:

Matrícula:

(Deza y Álvarez, 2019)

7.1.4. Embarazo de niñas menores de 15 años. Modelo de intervención interinstitucional. Uruguay. Modelo de abordaje integral.

Se inscribe en un modelo que si bien es interinstitucional, el sistema de salud tiene un rol estratégico, de modo que puede considerarse un modelo hospitalario en el sentido de que es el principal articulador.

Ante la sospecha (si no es el sector salud quien detecta), los otros sectores deben garantizar la consulta inmediata a este sector.

En este modelo **la sola sospecha de embarazo en una niña o adolescente menor de 15 años es un indicador de situación de vulnerabilidad y si bien se identifican** diversos motivos¹⁸ el abordaje de estas situaciones además de confirmar o descartar el embarazo **debe identificar la presencia o no de abuso o violencia sexual.**

Establece que siempre es necesario preguntar **la edad de la pareja sexual** ya que muchas veces hay décadas de diferencia y **se naturaliza como parte de una situación consentida.** El modelo remite a protocolos de acción en todos los sectores.

El modelo define las acciones a realizar en estas tres situaciones:

- si no se confirma el embarazo ni el abuso sexual
- si no se confirma el embarazo y se detecta abuso sexual
- cuando el embarazo es consecuencia de abuso o violencia sexual.

Abuso sexual

Se confirma el abuso siempre que se dé al menos una de las siguientes circunstancias:

- que la niña sea menor de 12 años,
- que sea mayor de 12 años, pero la pareja tenga una diferencia de más de 10 años,
- que la relación sea entre pares sin consentimiento, o producto de abuso sexual intra o extrafamiliar, o explotación sexual comercial o no comercial.

El material que describe este modelo incluye importantes precisiones, criterios y recomendaciones para los distintos momentos de la intervención.

Población foco:

Niñas y adolescentes hasta 14 años.

Diferencia entre menores de 12 años (que en la legislación uruguaya es siempre violación) y de 12 a 14 años.

Equipo de salud

Articulación intrahospitalaria

Incluye profesionales del primer nivel de atención de los servicios. Si la atención inicial es de un médico de familia, pediatra, gineco-obstetra deberá comunicar al servicio de pediatría y ginecología y si es necesario a profesionales de mayor nivel de complejidad. Posibilidad de convocar a ateneo interdisciplinario. Los y las profesionales que tienen contacto con la niña o adolescente coordinan las acciones. Además de la intervención en crisis, el equipo de salud realiza la contención emocional.

18) Los motivos que señalan son: la edad, la imposibilidad de negociación del uso de métodos anticonceptivos, su no utilización o mal uso y la posibilidad de situaciones de abuso sexual o relaciones sexuales bajo coacción o violencia de género.

Abordaje psicológico

Se propone que todas las niñas y adolescentes menores de 15 años que cursan un embarazo, dispongan de un espacio de apoyo psicológico individual cuya función es permitir la reflexión, el asesoramiento, la toma de decisiones. Pautas para las entrevistas. Establece pautas para las entrevistas. Las temáticas que propone son:

- Entrevista 1: Confirmación del embarazo en los planos simbólico, emocional, familiar y contextual
- Entrevista 2: Valoración de autonomía y riesgos.
- Entrevista 3: Proyectos de futuro, recursos y escenarios para su concreción.
- Entrevista 4: Devolución, informe y recomendaciones.

La denuncia

La denuncia puede ser realizada por la institución que detecta o por salud.

Articulaciones

- Las instituciones que detectan los casos articulan con salud en forma inmediata. Éstas pueden articular con Justicia (es decir al detectar, denuncian).
- Salud. Articulación inter servicios. Articulación con Justicia si es que no articuló previamente (1). Posible articulación con Unidad de Atención a Víctimas para el seguimiento y acompañamiento durante el proceso judicial y la contención emocional. (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Desarrollo Social, Administración Nacional de Educación, Administración de Servicios de Salud del Estado. 2019. Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. Montevideo, Uruguay.

7.1.5 Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Herramienta de trabajo para orientar a los equipos de salud. Argentina.

El modelo Argentino propone lineamientos para facilitar los aspectos asistenciales, la adecuación de escenarios y los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad, integral, humanizada y respetuosa a niñas y adolescentes menores de 15 años que transcurran un embarazo producto de un abuso sexual, como también producto de una relación consentida.

Está dirigido, principalmente, a integrantes de equipos de salud y a los demás organismos del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, tales como docentes, operadores y operadoras de diversos sectores, que tienen la responsabilidad de detectar y asistir a NNA con capacidad de gestar que están en situación de un embarazo.

Se inscribe en un modelo en el que sistema de salud tiene un rol estratégico, especialmente en la detección temprana y en la consejería. Plantea orientaciones sobre la detección del embarazo a través de signos sugestivos de embarazo e indicadores inespecíficos de abuso sexual. Define a la consejería como un espacio estratégico y de información cuyo objetivo es que los equipos de salud brinden información para que las niñas y adolescentes puedan tomar decisiones conforme a su competencia y autonomía progresiva.

Cuando se plantea el escenario de un embarazo producto de un abuso sexual el modelo argentino sugiere que el equipo de

salud debe estar en condiciones de ofrecer atención sanitaria y contención psicológica y social. También aclara que si hay elementos que confirman la sospecha de abuso sexual quienes integran los equipos de salud deben realizar la notificación/comunicación al órgano de Protección Integral de NNA, la denuncia judicial (Ley 27.455, de 2018), diferenciando la denuncia de la comunicación. En este sentido define a la denuncia como un acto jurídico por medio del cual se informa a las autoridades policiales o judiciales sobre la existencia de un delito y la comunicación administrativa como un acto jurídico por medio del cual se pone en conocimiento a las autoridades administrativas una situación sobre la que tiene competencia.

También hace referencia como un momento posible de la ruta el acceso a la interrupción del embarazo responsabilidad del equipos, entendiendo que la justicia solo debe intervenir en caso de sospecha de abuso sexual para perseguir y juzgar a la persona agresora y reparar a la NA.

Este modelo pone énfasis en una atención interdisciplinaria y en el seguimiento integral luego de la atención del evento obstétrico y el egreso hospitalario. Dadas las condiciones y la situación de vulnerabilidad de la niña/e o adolescente embarazada menor de 15 años el modelo argentino sugiere a los equipos interdisciplinarios articular y fortalecer la relación con la escuela; dar seguimiento conjuntamente con salud mental a las situaciones de violencia previamente detectadas y propiciar el fortalecimiento de la autonomía en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la NA, a través de actividades y espacios de promoción de la salud.

7.2. Sistema educativo

Los dos ejemplos que siguen corresponden al Sistema Educativo.

El primero es el material para las actividades de ESI utilizados por las/los docentes de CABA. El eje está puesto en la prevención. El segundo es el Programa de Retención Escolar más conocido como “Alumnas Madres”. Ambos ejemplos corresponden a actividades institucionalizadas, fundamentales para la prevención. El primero, además de incluir temáticas relacionadas con las relaciones sexuales cuidadas, incluye una amplia gama de actividades dirigidas a la prevención de las violencias sexuales.

El segundo Programa funciona desde 1990. Interpela el argumento naturalizado del abandono escolar como único destino probable para las adolescentes madres y/o embarazadas. Se extiende a alumnos padres para evitar que abandonen la escuela. En 1999 cambia su nombre por el de “Retención Escolar” abarcando cada vez más distritos escolares. Originalmente fue creado en CABA pero también hay iniciativas implementadas en ciertas jurisdicciones (Provincia de Buenos Aires, Córdoba) o ciudades del país (Rosario, Quilmes), que retoman algunas de las dimensiones y actividades que realiza el Programa, sin replicarlo en su totalidad.

7.2.1. Guía para la educación sexual integral. (CABA)

En primer lugar plantea un conjunto de temáticas relacionadas a las relaciones sexuales cuidadas:

- Cómo podría trabajarse desde la escuela la prevención de embarazos no planificados.
- Por qué la adolescente planteó su situación

en la escuela.

- Con quién o quiénes se puede trabajar esta situación y cómo.
- Cómo comenzar a abordar estas temáticas en los cursos.
- Cómo saber si la estudiante está contenida.
- En caso de confirmar un embarazo:
Cuáles son los acompañamientos que se le pueden brindar. Las propuestas son:
 - Reflexionar sobre las variables que un/ una adolescente tiene en cuenta a la hora de decidir ser madre o padre.
 - Expresar opiniones, sentimientos, ideas y vivencias sobre las maternidades y paternidades.
 - Identificar modelos/estereotipos de ser madres y padres.
 - Reconocer diversas maneras de vivir y organizar las maternidades y las paternidades.

En segundo lugar, en el capítulo titulado “Derechos” plantea el trabajo sobre los derechos para la prevención de su vulneración; tanto en el plano de las relaciones entre pares como en las relaciones con los adultos para la prevención de situaciones de maltrato y abuso. Y define líneas de trabajo para los distintos niveles educativos que incluyen entre otros: los derechos a la integridad, privacidad, intimidad propia y de los demás, a vivir libre de violencias, a vivir la sexualidad según las propias creencias y convicciones y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Entre los objetivos se define:

- Ejercitar competencias relacionadas con la prevención de las diversas formas de vulneración de derechos: maltrato infantil, abuso sexual, entre otros.
- Reconocer la diferencia entre un secreto

y el ocultamiento de una situación que vulnera derechos y que necesita ser comunicada.

- Valorar y ejercitarse en la verbalización de sentimientos, necesidades, emociones, problemas y en la resolución de conflictos a través del diálogo.
- El derecho y el respeto por la intimidad.
- Distintas expresiones del derecho a la intimidad.
- Identificación de espacios y situaciones que hacen a la intimidad.
- Lo público y lo privado.
- Límites y preservación de la intimidad.
- Identificación de situaciones que vulneran el derecho a la intimidad.
- El derecho a decir «no».
- Aprender a pedir ayuda.

En tercer lugar para la intervención, remite a guías y protocolos existentes.

(ESI. Propuestas y actividades para el aula. Programa de Salud Escolar y Programa de Retención escolar de alumnas madres, / padres y embarazadas. GCBA. S/F)

7.2.2. Programa de retención escolar de alumnas/os madres/ padres y embarazadas en escuelas medias y técnicas. Ministerio de Educación CABA.

Objetivos del Programa

- Garantizar por todos los medios la inclusión y continuidad educativa de madres, embarazadas y padres en escuelas de nivel medio. A más años de escolarización, menos probabilidades estadísticas de embarazo adolescente.
- Fortalecer prácticas institucionales que efectivicen su derecho a la educación

al dejar instalados los soportes para el respaldo y la consolidación de prácticas democráticas que sin un marco legal muchas veces son impugnadas.

- Potenciar las responsabilidades legales de los actores incluidos en el Sistema de Protección. Ser nexo articulador entre el sistema educativo, Salud y el Consejo de Derechos de NNA
- Acompañar a la escuela, asistir, articular en todo lo relativo a las temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, el cuidado del cuerpo, hacer respetar los derechos a la integridad, privacidad, intimidad, a prevenir relaciones violentas y abusivas.

Durante 2015 se acompañaron 403 adolescentes embarazadas, 1679 madres, 450 padres (total 2.566 alumnas/os).

El nivel de retención en ese año fue del 81%, alcanzando en 2019 al 84%. Integran el programa 148 escuelas medias y de nivel técnico y artístico de CABA en varios distritos escolares de CABA.

En la actualidad se visibilizan más los embarazos y se apunta desde todos los niveles a la inclusión educativa.

El Programa colabora en el armado y sostenimiento de la red interinstitucional. Acompañamiento a alumnas embarazadas, madres y padres en situaciones puntuales, extremas y complejas, que requieren de la intervención conjunta con los docentes de la escuela. Implementan “derivaciones asistidas” dirigidas hacia determinado Centro de Salud, determinada Médica, Obstetra, Trabajadora Social, Ecografista. Se busca garantizar que en estos recorridos

sean acompañadas por algún familiar, una amiga, la pareja, según la situación.

Los casos de embarazos, cuyo origen fueron abusos revelados por las propias víctimas, se abordan en articulación con el CDNNyA y Salud.

La prevención de los abusos se aborda específicamente desde los talleres de ESI que han permitido abrir y desplegar situaciones silenciadas por las alumnas hasta el momento. Los referentes educativos de cada institución son consultados por las/los alumnas/os en situaciones vinculadas con la sexualidad, por dudas e inquietudes ante posibles embarazos, averiguación acerca de interrupciones, situaciones de abusos, etc. Es importante el trabajo previo que hace la escuela, se intenta intervenir no sólo a partir de la emergencia. Los referentes son profesoras/es o preceptoras/es elegidos por la escuela en la que interviene el Programa, especialmente formados por su equipo coordinador para el desarrollo de la tarea. Su labor no está enmarcada en el Estatuto Docente. Incluye gestión activa del Programa para la aprobación de las siguientes normativas: concurrir a la escuela en ocasiones con sus hijos/as; prioridad para vacantes en jardines maternas; ingreso y retiro de las escuelas ante problemas de salud; mecanismos especiales de apoyo, recuperación y evaluación de aprendizajes en caso de períodos prolongados de ausentismo.

(GCBA, Programa de Salud Escolar y Programa de Retención escolar de alumnas madres, /padres y embarazadas. GCBA. S/F).

Anexo

Comentarios bibliográficos seleccionados

La revisión de bibliografía del campo de la Salud (que es muy extensa) permite señalar que:

- predominan enfoques ciegos a la perspectiva de género y generacional.
- muchos integrantes de equipos de salud, no problematizan los contextos en que los embarazos se producen.
- no diferencian por edades y toman de manera global la etapa de 10 a 19 años pasando por alto las diferencias sustanciales que puede haber en las diferentes etapas.
- naturalizan el embarazo y la maternidad de las niñas, atribuyéndolo a culturas de la pobreza.
- atribuyen los riesgos de embarazos tempranos, sin distinguir si son forzados o no intencionales, no al embarazo en sí mismo sino a las condiciones **de desigualdad social y/o de la pobreza**.

Algunos ejemplos son ilustrativos:

1. Reyes, David De Jesús y González Almontes Esmeralda, en un artículo titulado “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente”, en que realizan una revisión amplia de literatura para el período 1990-2013. Analizan los principales supuestos teóricos utilizados en la investigación del embarazo adolescente al que ven como un problema de salud, socioeconómico y demográfico. En ese artículo contrasta y complementa con otras perspectivas de

investigación, tanto de México como de América Latina, para, según los autores, contribuir al debate teórico en el tema y ampliar la visión de este fenómeno:

“Se encontró que, en la investigación del tema, existen dos posturas. Una que emplea elementos teórico-metodológicos en cierta forma *tradicionales*, donde el embarazo de las menores de 20 años es caracterizado como un problema por las consecuencias sociales, económicas y de salud que tiene para las adolescentes y sus hijos. Una segunda postura emplea otros elementos teórico-metodológicos donde se combinan paradigmas cuantitativos y cualitativos, y el embarazo adolescente es explicado con mayor profundidad de acuerdo al contexto en que los mismos adolescentes viven y se desarrollan, lo que posiciona al embarazo como un fenómeno que por sí mismo no puede ser explicado a partir de relaciones causales, sino también por el análisis de subjetividades, del sujeto que vive el fenómeno y también de los diversos actores que intervienen en dicho proceso. [Consideran que] **la edad en sí misma no sería un factor de riesgo para el embarazo durante la adolescencia, sino que lo serían las condiciones socioeconómicas en las que vive la adolescente**; ya que los embarazos que se dan en mujeres menores de 14 años que viven en condiciones de pobreza son los que presentan mayores complicaciones de salud materno-infantil (Shlaepfer & Infante,

1996; Coll, 2001; Stern & García, 2001). Desde esta posición, se sostiene que la mortalidad y morbilidad por causas ligadas al embarazo ocurrido en la adolescencia **se dan más como una manifestación de la desigualdad social y/o de la pobreza** que presenta la población más vulnerable, **que por la edad en sí misma en que sucede el embarazo.**

Otras manifestaciones de la desigualdad social, como lo es la desigualdad de género ni siquiera es mencionada, después de la revisión de una lista bibliográfica de 102 títulos en los que incluye referencias a autoras/es que hablan de las relaciones de género. Evidentemente se lee con anteojos que dejan de lado aspectos que no se valoran.

2. En el artículo de Paye Vargas (2015) titulado “Atención diferenciada a madres adolescentes en el Hospital “Los Andes”, de Bolivia¹⁹, la autora no menciona en ningún momento como causa del embarazo, alguna posible situación de violencia. Paye Vargas (2015)²⁰, afirma:

“Vivir la adolescencia en esta ciudad es una cuestión privilegiada ya que las y los adolescentes asumen roles de adultos en edades tempranas pues se ven encargadas de la sobrevivencia familiar por sus condiciones de precariedad económica, sea desde dentro o desde fuera de los hogares. Las y los adolescentes contribuyen con trabajo remunerado o no remunerado a sus familias y por lo tanto **la maternidad adolescente no es más que**

una consecuencia de estas situaciones, sometidas desde niñas a los roles impuestos por una sociedad culturalmente machista, las adolescentes **asumen con naturalidad** un embarazo y la crianza de sus hijos” (Paye Vargas, 2015, p. 6).

Los embarazos –a su criterio- son consecuencia de la “situación económica” o de producto de “juegos sexuales riesgosos” y tomados, según la autora, “con naturalidad por las niñas y adolescentes”. La intervención –en consecuencia- queda limitada al sistema de Salud y se consagra al cuidado de la madre niña o adolescente, la prevención de próximos embarazos –proyecto vital, la presencia del padre, la escolaridad, etc. Sin embargo, se relega el propio origen de la situación. La posibilidad de interrupción del embarazo no se menciona, ya que según la autora, que es la directora del servicio en dicho Hospital, no aparece ningún rechazo manifiesto del mismo.

3. El Informe presentado por Andrade Venero, (2008) en el que analiza los resultados de un trabajo conjunto de representantes de los Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y Chile, destinado a definir estrategias para prevenir el embarazo en la adolescencia (146 páginas) concluye que “las principales barreras para la prevención del embarazo adolescente **son las culturales y la religión**” (P. 145). No hay referencia alguna a los abusos sexuales o a la violencia sexual. Las relaciones de poder de género no se mencionan.

19) La muestra en la que basa su estudio es un grupo de 16 adolescentes: 13 de 16 a 19 años y 3 jóvenes de 19 a 25. De todos modos representa una manera de abordar el tema que ejemplifica con mucha claridad un abordaje que también se da en edades tempranas. 20) Si bien esta autora hace referencia al patriarcado y dice enmarcar su análisis en una perspectiva de género y derechos, se trata de una declaración abstracta en tanto no cuestiona las lógicas sociales en las que se relacionan las niñas y adolescentes con los varones. Incluso como se ve en este párrafo habla indistintamente de mujeres y varones.

4. Un estudio médico presentado por Moreno Ontiveros, et al, (2016), realizado en España considera como “factores de riesgo” para los embarazos tempranos, la inmigración, las familias desagregadas, el bajo nivel cultural y las relaciones sexuales tempranas, señalando que aún “con suficiente información acerca de educación sexual [hay] mal abordaje para el embarazo no deseado”. No hay ninguna referencia a posibles situaciones de violencia. No diferencia edades, toman globalmente la franja de 10 a 19 años.
5. Una parte importante de la bibliografía académica, proveniente en su mayor parte del campo de la salud y de la salud mental, se ocupa de las consecuencias de los abusos sexuales a largo plazo, tomando en consideración los factores intervinientes, factores situacionales y algunas características de las víctimas y no menciona como consecuencia posible a los embarazos (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).
6. Según Stern (1997: 139) Si se toma en cuenta que la fecundidad adolescente tiende a concentrarse en los grupos más pobres de la sociedad, que presentan condiciones desfavorables en la nutrición y la salud de la madre, se puede concluir en que “el riesgo asociado a la maternidad adolescente es más una manifestación de las condiciones de pobreza y desigualdad social que consecuencia de la edad en la que ocurren los embarazos”.
7. Otros trabajos señalan que muchas adolescentes y niñas que inician su vida sexual a los 12 ó 13 años no usan un método anticonceptivo, pero que esto no es necesariamente sinónimo de querer un embarazo, buscarlo o querer tener un/a hijo/a. Se confirma en ellas, tal como lo expresan las investigaciones en la temática (Grimberg, 2002; Weller, 2003; Fainsod, 2006), que el acceso a la información y a los MAC (métodos anticonceptivos) no conlleva su uso. Este tipo de estudios está orientado a las actitudes y comportamientos acerca de las prácticas sexuales sin incluir la incidencia de la violencia de género o simplemente el machismo como impedimento del uso de métodos anticonceptivos.
8. La publicación sobre Prevención del embarazo adolescente, (Public Health England, 2016) es una de las pocas excepciones de bibliografía proveniente del campo de la salud que señala que la mayoría de los embarazos tempranos es consecuencia de abusos sexuales y que la prevención pasa por la detección de situaciones abusivas no sólo los ámbitos de salud, sino también los de educación y comunitarios. Los servicios de atención deben funcionar articuladamente y además de capacitar a los y las profesionales en métodos anticonceptivos al mismo tiempo éstos deben indagar en abusos sexuales y explotación sexual infantil que se destacan como importantes antecedentes de los embarazos tempranos que en este contexto son embarazos forzados. Entre las recomendaciones que destaca figuran:
 - Capacitación para indagar sobre el abuso sexual para todos los servicios de atención.

- Información clara y accesible sobre abuso sexual hacia NNA en todos los servicios de atención.
- Vías claras de derivación para soporte especializado.
- Programas de apoyo en todos los niveles para las jóvenes madres.
- Programas de perpetradores para padres jóvenes.
- Programas de apoyo para madres y padres jóvenes.
- Identificación de abuso sexual hacia NNA y de Explotación Sexual Infantil que permitan la derivación hacia canales de atención especializada.
- Identificación de abuso sexual hacia NNA y de explotación sexual infantil en maternidades, servicios de salud infantil y sexual y servicios de salud reproductiva. Vías de asistencia especializada, con personal entrenado en la temática.
- Hacer prevención sobre métodos anticonceptivos y SSyR en escuelas, ámbitos de salud, comunitarios.

Bibliografía

- Cantón-Cortés, D.; Cortés, M. R. (2015) “Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes”. *Anales de Psicología*, vol. 31, núm. 2, mayo, pp. 552-561. Universidad de Murcia. Murcia, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16738685018>
- CDNNA de CABA. (2017). Informe de Gestión. Buenos Aires.
- Chejter, S. (2000) La niñez prostituida. UNICEF Argentina.
- Chejter, S. e Isla V. Abusos sexuales y embarazo forzado hacia niñas, niños y adolescentes. Argentina, América Latina y el Caribe. 2018. UNPFA. Argentina. Disponible en: https://argentina.unpfa.org/sites/default/files/pub-pdf/Hojainformativa_ENIA.pdf
- Chejter, S., y Ruffa, B.. “Dimensiones político culturales de la violencia sexual”, en *Violaciones. Aportes para la intervención desde el sistema público de salud*. (2005) Ediciones CECYM-Population Council. Buenos Aires.
- De Paul Ochotorena, J. y Arruabarena Madariaga, M. I. (1996), *Manual de Protección Infantil*, Barcelona, Masson.
- Deza S. y Alvarez A. (2019) “Consentimiento informado para gestar y parir: una obligación médica desatendida en las niñas”. DFyP (septiembre), 09/09/2019, 150. Disponible en: <https://mujeresxmujeres.org.ar/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/CONSENTIMIENTO-INFORMADO-PARA-GESTAR-DEZA-ALVAREZ.pdf>
- Ganduglia, A. (1999). “Abuso sexual de menores. Cuando el no creer se transforma en violencia”. *Revista del Ateneo Psicoanalítico N° 2. Subjetividades y propuestas identificadoras*. Buenos Aires. (p 177-195)
- Ganduglia, A. (2014). Notas de Seminario de capacitación de Técnicos dictado en la Subsecretaría de Políticas integrales de Promoción y Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Quilmes, Provincia de Buenos Aires.
- GCBA. ESI. Propuestas y actividades para el aula. Programa de Salud Escolar y Programa de Retención escolar de alumnas madres, /padres y embarazadas. GCBA. S/F

- Gelsdtein R. y Pantelides E., (2003) “Coerción, consentimiento y deseo en la ‘primera vez’” en: Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, comp. S Checa, Buenos Aires, Paidós, 2003, p.112
- Guía de Acceso a Derechos. (2019). Programa de Salud Escolar y Programa de Retención escolar de alumnas madres, /padres y embarazadas. GCBA.
- Intebi, I. (2007). Valoración de sospecha de abuso sexual infantil. Colección documentos técnicos. Gobierno de Cantabria. España.
- Intebi, I. (2011), *Proteger. Reparar. Penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*, Buenos Aires, Granica.
- Lozano R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, OMS-OPS, USA, (p.164)
- Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Desarrollo Social, Administración Nacional de educación, Administración de Servicios de Salud del Estado. (2019). Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. Montevideo, Uruguay.
- Pantelides, E., Fernández M.M. y Marconi, E. (2014). *Maternidad adolescente en Argentina. Las madres menores de 15 años*. CENEP.
- Pereda Beltrán, N. “Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil”. *Papeles del Psicólogo*, vol. 31, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 191-201. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005>
- Plan Enia Recorrido, logros y desafíos. (2019) PNUD, UNICEF, UNPFA, Ministerio de Educación, Cultura y Tecnología., Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación.
- Protocolo Provincial de Prevención, Detección y Abordaje del Abuso Sexual hacia Niños, Niñas o Adolescentes (2019). Organismo Provincial de la Niñez y la Adolescencia, Instituto Provincial de Género y Diversidad Sexual, Dirección General de Cultura y Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio Público, Ministerio de Seguridad, Secretaría de Derechos Humanos. Provincia de Buenos Aires.
- Public Health England. (2016). Published May 2016. Updated 2019. PHE Publications Gateway Number: GW-338
- Reyes, D.; González Almontes, E. “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente”. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, núm. 17, agosto, 2014, pp. 98-123 Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Río de Janeiro, Brasil.

Salinas Mulder, S. y Fernández Ovando, C., (2014). *Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales en un estudio en seis países de la región*. UNICEF Panamá.

Sanabria Hernández, M. y Marín Gálvez, G. “Prevención del abuso y la explotación sexual comercial: Un proyecto exitoso en la zona sur de Costa Rica” Revista Espiga, núm. 28, julio-diciembre, 2014, pp. 1-12 Universidad Estatal a Distancia San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467846261001>

Santoro, Sonia - Página 12/ 23-12-2019)
<https://www.pagina12.com.ar/238047-abuso-14-anos-de-la-hija-de-su-pareja>

Subsecretaría de Política Integral de Promoción y Protección de los Derechos de NNA. Municipio de Quilmes, 2014.

Toporosi, Susana. (2018). *En carne viva: abuso sexual infantojuvenil*. Topía Editorial. Buenos Aires.

UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – MILENA 1.0 Noviembre, 2019. Asunción, Paraguay.

UNICEF (2018) Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y la adolescencia. Lineamientos para su abordaje. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos_sexuales_y_embarazo_forzado_lineamientos_anexo.pdf

Vázquez, M. S.. Alumnas embarazadas y/o madres. Pruebas escolares, soportes y resistencias en contextos de marginalidad urbana. Tesis maestría. FLACSO. Buenos Aires, 2015.



Ministerio de Salud
Argentina

ISBN 978-950-38-0302-8



9 789503 803028