



Por un niño
sano en un
mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

MIEMBRO de la ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PEDIATRÍA y de la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Comité de Estudios Permanentes del Adolescente

Documento final del Comité Nacional de Adolescencia sobre el proyecto de despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

Ante la solicitud de la Comisión Directiva de la SAP de elevar información referente a embarazo no intencional en la adolescencia en la Argentina; derechos y autonomía en relación a la edad, maduración y desarrollo; capacidad de toma de decisiones en la adolescente menor de 16 años; y legislación en la Argentina sobre interrupción legal del embarazo (ILE), el Comité Nacional de Adolescencia (CEPA) elevó 4 documentos en el curso del mes de abril de 2018: Embarazos en la adolescencia en el país; Interrupción legal del embarazo en la adolescencia en Argentina; Prevención de los embarazos no intencionales; Autonomía en la adolescencia.

En ellos destacamos aquellos hechos que consideramos de suma importancia para la Salud Pública y el Derecho a la Salud con respecto a los adolescentes.

1. **Madres adolescentes.** El 15% de los recién nacidos vivos en Argentina, corresponden a madres menores de 20 años, existiendo mucha desigualdad hacia el interior del país. En la Ciudad de Buenos Aires, las madres menores de 20 años representan el 6% de los partos, mientras que en Formosa y Chaco representan el 23,6% y 23,4% del total de los partos respectivamente. Estas dos últimas provincias también presentan el mayor porcentaje de partos de madres menores de 15 años a nivel nacional. En el año 2015 nacieron 2787 recién nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años (fecundidad temprana) y 108.902 de madres entre 15 y 19 años (fecundidad tardía). *Salud Materno Infanto Juvenil en cifras. UNICEF, SAP, 2017.*

Concordamos con: “Un embarazo a edades muy tempranas merece especial preocupación por el riesgo de mayores complicaciones físicas y porque a menor edad mayor es la probabilidad de que ese embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas y explotación sexual”. *Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, UNICEF. Situación de los y las adolescentes en la Argentina. 2016, p.33/34.*

2. **Embarazo no planeado.** El embarazo en la adolescencia es, por lo general un evento no planeado que se da en el marco de relaciones entre adolescentes en las que el uso de métodos anticonceptivos es nulo o esporádico. El 67% de las adolescentes entre 15 y 19 años que tiene un hijo, refieren en el posparto, que ese embarazo fue no intencional mientras que para las adolescentes menores de 15 años, el 82% reporta esta situación (*Ministerio de Salud, SIP*).

En adolescentes menores de 15 años el embarazo puede ser producto de una violación o de un abuso sexual crónico y la ausencia o falta de aplicación de las indicaciones de interrupción del embarazo por este motivo, en especial tratándose de una menor de edad.

3. **Mortalidad materna.** La mortalidad materna y los riesgos del embarazo son mayores cuanto menor es la edad de la mujer embarazada.

Respecto a la salud y comparadas con mujeres de 20 a 24 años, las madres menores de 15 años corren 4 veces más riesgo de muerte en el embarazo, mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor riesgo de parto pre-término, mayor riesgo de mortalidad perinatal, mayor riesgo de eclampsia, mayor riesgo de hemorragia posparto y mayor riesgo de infección endometrial. *Conde Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Send to Am J Obstet Gynecol. 2005 Feb, 192(2):342-9.*

Un estudio recientemente publicado por Pantelides y col. muestra un promedio de los años 2010 a 2012 respecto a los riesgos de la salud en la maternidad temprana anteriormente mencionados: el 12,8% de las niñas menores de 15 años tuvo un parto pre-termino, mientras que el 9,2% de adolescentes entre 15 y 19 años y el 8,2% de mujeres de 20 años y más. Un dato llamativo que arrojó el estudio 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 fue de 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. *Edith A. Pantelides, María de las Mercedes Fernández y Élica Marconi (2014); Maternidad temprana en Argentina. Las madres menores de 15 años. CENEP.*

4. La **interrupción del embarazo** es un procedimiento seguro si es practicado con los instrumentos y condiciones adecuados. En los países donde esta práctica no está penalizada, la tasa de mortalidad es de 0,2 a 2 muertes por cada 100.000 abortos. En contraposición, la mortalidad relacionada a embarazo en estas mismas regiones se estima en 9 por 100.000 nacidos vivos. (*Informe FSS N° 23, 2018*).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el **aborto inseguro** como un procedimiento para terminar un embarazo efectuado por personas que no cuenten con las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (*OMS, 2012*).

Las muertes relacionadas con el aborto afectan de manera preponderante a los países en desarrollo porque la mayoría de las intervenciones son ilegales y, por lo tanto, inseguras en contraste con la

mayor seguridad con que se efectúan los abortos en los países desarrollados. Cuando el aborto es legal y accesible dentro del sistema de salud, existe la oportunidad de promover una motivación para evitar la repetición del mismo, mejorando la consejería postaborto y la provisión de métodos anticonceptivos.

En este sentido es importante aclarar que las estadísticas publicadas demuestran que la despenalización no sólo no aumenta las tasas de aborto, sino que reduce la frecuencia del mismo y facilita las oportunidades para su prevención. *Aborto inseguro: un problema urgente de salud pública. InformeFSS N° 23 • MARZO 2018.* <http://fedun.com.ar/wordpress/wp-content/uploads/2018/03/FSS-Informe-23-Aborto-un-problema-de-salud-p%C3%BAblica-Marzo-2018-1.pdf>

En la Argentina no contamos hoy con datos oficiales que den cuenta del número de abortos legales e ilegales que se producen en nuestro país. El Ministerio de Salud de la Nación estima que en nuestro país se produce un aborto por cada dos nacimientos. En el año 2005, Edith Pantelides y Silvia Mario publicaron una investigación en la que la cifra estimada de abortos inducidos por año fue entre 370000 y 522000. Por otro lado, en 2011 el Ministerio de Salud registró 47879 egresos por aborto, de ellos el 19% correspondieron a mujeres menores de 20 años. Este registro no contempla la diferencia entre abortos espontáneos o inducidos y corresponde únicamente a aquellas mujeres que accedieron al sistema de salud. Las muertes por abortos inseguros en nuestro país representaron el 17% del total de las muertes maternas entre los años 2014 al 2016. Esto se traduce en dos de cada 10 mujeres fallecidas por causas maternas, 47 mujeres al año. (DEIS 2014).

Silvia M y Pantelides A. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N°87, Cepal. Santiago de Chile. <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP87Mario.pdf>

5. Repetición del embarazo. La maternidad en la adolescencia es una experiencia que se repite para un número considerable de mujeres. Un quinto de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden 2 o más, es decir de madres adolescentes que han tenido uno o más hijos. El patrón de fecundidad es de inicio temprano con cortos intervalos intergenésicos.

Muchas adolescentes llegaron al embarazo por el fracaso en el uso del preservativo o los anticonceptivos orales. Luego del post parto o aborto se les vuelve a indicar el uso de esos mismos métodos. Una mayor oferta de métodos anticonceptivos de larga duración como el implante o el Diu, en el marco de una consejería integral, podría garantizar mejores resultados a futuro. *Zamberlin, Keller, Rosner, Gogna. Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos pos evento obstétrico en adolescentes de 14-20 años. Rev Argent Salud Pública, 2017; 8(32): 26-33.* <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen32/26-33.pdf>

6. La maternidad en la adolescencia es más frecuente en sectores en situación de vulnerabilidad y las que tienen **menor nivel educativo**.

Según un estudio realizado por Gogna y Binstock (2013) en cuatro provincias de la Argentina (Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Provincia de Buenos Aires) el cual tuvo como objetivo principal estudiar los factores asociados a la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia y su repetición, uno de los hallazgos de las investigadoras es la relación existente entre la educación y el embarazo. Según las investigadoras en la mitad de los casos (54,8%) el embarazo ocurre cuando las adolescentes ya están fuera del sistema educativo. Entre las que están escolarizadas, según este estudio, un 33,2% de adolescentes reportó que no continuó en la escuela, un 28,1% continuó hasta el 7ºmes y un 10,8% continuó hasta terminar el secundario o aún continúa.

Georgina Binstock y Mónica Gogna. Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina

http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/Capitulo8_SerieE-Investigaciones_N3_ALAP3.pdf

7. **La escuela debería ser un espacio de contención y de inclusión** para las adolescentes embarazadas y madres, sin embargo en muchas escuelas depende de iniciativas personales de las autoridades y docentes de cada institución y no de la aplicación de políticas públicas específicas para fomentar la retención escolar, a pesar de que se cuenta con un amplio y detallado marco legal, tanto nacional como local, que contempla la protección de las alumnas embarazadas y madres, así como de los alumnos en situación de paternidad, garantizando sus derechos. (Ley 709 y 5945 CABA, Ley Nacional 25273, Ley 14637 Provincia de Buenos Aires).

8. Interrupción legal del embarazo en Argentina

El 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) dictó una sentencia histórica para la vida y la salud de las mujeres en el marco del caso "F.A.L. Con el fin de terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso al aborto legal, el Tribunal estableció el alcance de los permisos y reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley. *Fallo F.A.L del Superior Tribunal de Justicia de Chubut, ratificado en marzo de 2012 por la Corte Suprema de Justicia de la Nación.*

La Corte Suprema precisó el alcance del aborto no punible y afirmó que estos casos no deben ser judicializados. Interpretó el Código Penal destacando que **no resulta punible la interrupción del embarazo proveniente de una violación practicada contra toda clase mujer, se trate o no de persona incapaz civil** y que cualquier caso de aborto no punible no está supeditado a trámite judicial alguno. Exhortó a implementar protocolos hospitalarios <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte->

Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html

En la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando se encuentre incluida dentro de las causales del art 86. Es importante aclarar que, según establece el CSJN en su fallo de 2012, **cuando el embarazo representa un riesgo para la salud de la mujer, debe interpretarse el término salud como la OMS la define, “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006)**. En este sentido una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud. Ver: Ministerio de Salud de la Nación. “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. 2016. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

En la guía técnica de y de políticas para el sistema de salud en Aborto sin riesgos publicado por la OMS, en su segunda edición, se detallan las técnicas de menor riesgo a utilizar según semanas de gestación para realizar una interrupción del embarazo sin riesgo para la vida y la salud de la mujer. OMS. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. Organización Mundial de la Salud, 2012*

La ILE debe regirse por los principios de autonomía, accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad/rapidez y transparencia activa. Todos ellos descriptos en el actual protocolo de ILE del MSAL.

El “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” en la página 19 refiere: Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible, siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica (CSJN, 2012). La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional. De acuerdo a esto, todos los efectores de salud en los que se practiquen ILEs deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella. Asimismo, deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica.

9. La prevención del embarazo no intencional en la adolescencia.

En todos los ámbitos es necesario reforzar la llegada del programa de ESI incluyendo no solamente la escuela, sino también las organizaciones barriales, deportivas, de educación informal, etc. En esos lugares puede convocarse a la población adolescente más vulnerable que es la que está no escolarizada, suele ser la más pobre y la que más precozmente se embaraza.

Se requieren campañas de sensibilización con alcance masivo a través de los medios masivos de comunicación y las TIC.

Todos los profesionales de la salud que atienden adolescentes deberían estar capacitados en la indicación oportuna de los métodos anticonceptivos. Asimismo en la oferta, y cuando corresponda la colocación, de métodos de larga duración, el implante y el DIU. Es de suma importancia la presencia de profesionales de la salud idóneamente formados y comprometidos en los centros de salud.

Por lo cual solicitamos enfáticamente el cumplimiento efectivo de las Leyes Nacionales de Educación Sexual Integral N°26.150/2006, y del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N°25.673/2003.

10. Autonomía adolescente. El Comité de los Derechos del Niño, órgano encargado de supervisar tanto la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño como de sus protocolos facultativos, recomendó específicamente ampliar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos para niños sexualmente activos: “Los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo. El Comité recomienda que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal.” Comité de Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013).

Las normas vigentes sobre aborto legal en la Argentina incluyen el derecho de niñas y adolescentes al acceso a la interrupción del embarazo en determinados casos.

El Ministerio de Salud de la Nación en su Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015)] estableció que se debe respetar, en todos los casos, en primer lugar el derecho de las niñas y adolescentes a participar de forma significativa en la atención y en las decisiones relacionadas con la práctica de los abortos legales.

En cuanto a la edad, el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” en la página 17 refiere: todas las personas de 14 años (el nuevo CODIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION, Ley 26.994, establece 13 años) o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación, sin que se requiera la autorización de sus padres o representantes legales. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda fomentar que las adolescentes cuenten con la compañía y el apoyo de una persona de su confianza durante el proceso.

En el caso de las niñas y adolescentes menores de trece años, se deberá respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tenida en cuenta. Esto se basa en el principio de la "autonomía progresiva" y el grado de desarrollo de cada niña o adolescente en situación de requerir la realización de una ILE. Sus representantes legales, o los que sean nombrados especialmente para el caso, deberán participar en conjunto con la niña o adolescente en la toma de decisiones, y deberán firmar el consentimiento informado y la declaración jurada de la violación cuando corresponda. Si existiera una negativa injustificada de sus padres, tutores o encargados de acompañar la decisión de la niña o adolescente, puede requerirse asistencia letrada.

Ministerio de Salud de la Nación. "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo". 2016. Página 17.
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. *Código Civil Y Comercial de la Nación. Ley 26.994.*
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm#6>

Conclusión

El Comité Nacional de Adolescencia considera de suma importancia para la salud integral en la adolescencia el cumplimiento de todas las políticas públicas referidas a la promoción y protección del derecho a la salud.

Y en función de todo lo descripto anteriormente y a fin de garantizar el derecho a la salud de las mujeres adolescentes el Comité Nacional de Adolescencia en amplia mayoría considera importante la despenalización del aborto y su legalización.

Dadas las implicancias que la realización de dicha práctica supone instamos al cumplimiento efectivo de las Leyes Nacionales de Educación Sexual Integral N°26.150/2006, y del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N°25.673/2003 a fin de disminuir el número de embarazos no planificados en la adolescencia.