

# ASPECTOS BIOÉTICOS Y ATENCIÓN INTEGRAL ANTE GESTACIONES EN LA NIÑEZ EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

---

## **Elaborado por:**

### **Dirección de Bioética**

Marcela Olivero; Médica (UNR), Especialista en Medicina General, Especialista en Bioética.

Mercedes Moglia; Dra. en Ciencias Sociales, Lic. en Comunicación Social.

María Cecilia Ziehm; Médica (UBA), Especialista en Medicina General, Especialista en Epidemiología.

### **Asesora legal**

Romina Segura; Abogada, Magister en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, Docente de Bioética en la Carrera de Medicina de la UNCo, miembro del Comité de Bioética Asistencial de la Región Confluencia.

## **1. Introducción al tema**

La gestación y la maternidad en las niñas constituyen problemáticas graves de salud pública, justicia social y derechos humanos.

Se trata de fenómenos que responden a múltiples factores estructurales, tanto materiales como simbólicos. En el primer caso, la pobreza entendida como carencia de recursos económicos, determina barreras de acceso a derechos básicos como la salud (servicios de salud accesibles y amigables) y educación (en particular, la educación sexual integral). En el segundo caso, las desigualdades y estereotipos de género propician la aceptación o naturalización de la violencia sexual y el abuso.

De esta manera, el embarazo y la maternidad en este grupo etario generan consecuencias inmediatas y a largo plazo que afectan la salud física, mental y social de las niñas, así como sus posibilidades educativas y laborales. En otras palabras, el curso de su vida futura se ve drásticamente modificado, perpetuando su exposición a la pobreza, la exclusión y la dependencia.

## **2. Reconocimiento de los protocolos existentes**

Se revisaron una cantidad importante de protocolos y guías que existen para el abordaje de embarazo en las niñas y adolescencias a nivel internacional, nacional y provincial, la lista completa se encuentra en el apartado de bibliografía de este documento.

Todos los documentos vistos y mencionados son técnicamente válidos y constituyen un aporte para establecer consensos legitimados por el marco normativo que compendian y desarrollan. Sin embargo, desde la perspectiva bioética, respecto de la estructura normativa que los mencionados

protocolos reponen y exponen con precisión creemos necesario y esclarecedor acercar una serie de consideraciones sobre su **alcance al momento de ser aplicados** a situaciones concretas en la práctica asistencial de la salud durante la infancia.

Como punto de partida para la indagación reflexiva resulta orientador mencionar que el Mecanismo de Seguimiento de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como “Convención de Belém do Pará” (MESECVI)<sup>1</sup> respecto de los protocolos de atención por violencia sexual en niñas y adolescentes señala<sup>2</sup>:

*“(…) que, pese a la amplia proliferación de protocolos de distinta naturaleza para atender los casos de violencia contra mujeres, **existe todavía un gran vacío de enfoque de género y con interés superior de la niña como elemento principal a ser tomado en cuenta.**” (MESECVI, 2016).*

*“(…) la implementación de protocolos de salud deja un amplio margen de actuación o libre criterio al personal médico encargado de cumplir las pautas necesarias para la interrupción del embarazo en estos casos” (MESECVI, 2016).*

*“(…) los protocolos del sector salud incorporan medidas de atención para niñas de menos de 14 años embarazadas, como si el hecho de que las niñas estuviesen embarazadas no esté asociado a la comisión de un delito de violencia sexual contra la niña embarazada, caso en el cual el personal de salud tiene **obligaciones especiales en cuanto a la denuncia del caso y su tratamiento.** Esta situación, como se ha venido señalando, se explica por una naturalización indebida del embarazo infantil en la mayoría de países de la región” (MESECVI, 2016).*

Los párrafos citados muestran la persistencia de prejuicios y sesgos de género en las instituciones que intervienen en las situaciones de violencia sexual en niñas, particularmente, del sector salud. Por este motivo, y para clarificar las dudas que siguen apareciendo en instancias de la asistencia de salud de las niñas, consideramos necesario elaborar el presente documento como aporte en los procesos de atención que involucren niñas<sup>3</sup> embarazadas para hacer efectiva la protección de su

---

1 El **Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará** es un sistema de evaluación entre pares consensuado e independiente para examinar los avances realizados por los Estados Parte en el cumplimiento de los objetivos de la Convención. El Mecanismo está financiado por contribuciones voluntarias de los Estados Parte de la Convención y otros donantes, y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA actúa como su Secretaría Técnica.

2 El Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará en su Doceava Reunión aprobó la realización de un informe temático sobre el embarazo infantil y derechos sexuales y reproductivos, abarcando la violencia sexual y la maternidad forzada. El objetivo de este informe es proveer información sobre dicha problemática y su relación con la violencia, así como emitir recomendaciones a los Estados Parte orientadas a que mejoren la eficiencia de las medidas adoptadas en el cumplimiento de la garantía del derecho de las niñas a vivir una vida libre de violencia.

3 El concepto de niñez varía según el área de conocimiento desde dónde se la defina, sin desconocer las implicancias de todas esas dimensiones en la conformación de la persona en esa etapa de la vida, a los fines de este documento ajustamos el concepto al corte etario referido por el Art. 25 del Código Civil y Comercial de la Nación. El cual, establece que es adolescente la persona que cumplió 13 años y en el artículo 26 le otorga competencia para decidir cuestiones que afectan su cuerpo y su salud, siempre que no impliquen grave riesgo para su vida y salud. Diferenciando de esta manera, la niñez de la adolescencia en lo referente a la toma de decisiones sobre el cuerpo y la salud.

derecho a la salud integral e interés superior mediante el ejercicio acompañado del derecho a la información veraz, precisa, oportuna y adecuada a las necesidades subjetivas de cada caso.

### 3. Objetivos

#### Objetivo general

Desarrollar una argumentación fundada en la bioética basada en Derechos Humanos (DDHH), en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en los principios de protección integral de las niñeces, que permita orientar la actuación frente a situaciones de gestación en niñeces de hasta 13 años inclusive<sup>4</sup>.

#### Objetivos específicos

- Promover la reflexión sobre la responsabilidad de las prácticas de atención y cuidado por parte de los equipos de salud frente a situaciones de gestación en niñeces de hasta 13 años inclusive.
- Contribuir a que se garantice el acceso a una información fehaciente que contribuya al ejercicio del derecho a la salud integral y el interés superior de las niñeces hasta los 13 años inclusive.

### 4. Planteamiento del problema

#### 4.1 Embarazo infantil en cifras: datos y evolución a nivel nacional y provincial

Focalizaremos el análisis en el grupo de edad de 10 a 13 años inclusive, tomando como referencia el corte etario establecido jurídicamente<sup>5</sup> y contemplando que muchas de las gestaciones que culminarían a los 13 años comenzaron cuando la niña tenía 12 años.

Para ofrecer una perspectiva estadística a este problema tenemos dos limitaciones. Una, es debido a la imposibilidad de contar con información directa para medir la totalidad de embarazos en las personas con capacidad de gestar y los eventos asociados a los mismos<sup>6</sup>, así disponiendo de información indirecta tomamos como unidad de análisis los nacidos vivos.

---

<sup>4</sup>Si bien, definimos niñez a los fines de este texto, según el concepto jurídico establecido en nuestro país, incluimos en estas recomendaciones a quienes ya cumplieron la edad para ser consideradas adolescentes contemplando que muchas de las gestaciones que culminarían a los 13 años de la persona gestante comenzaron cuando tenía 12 años.

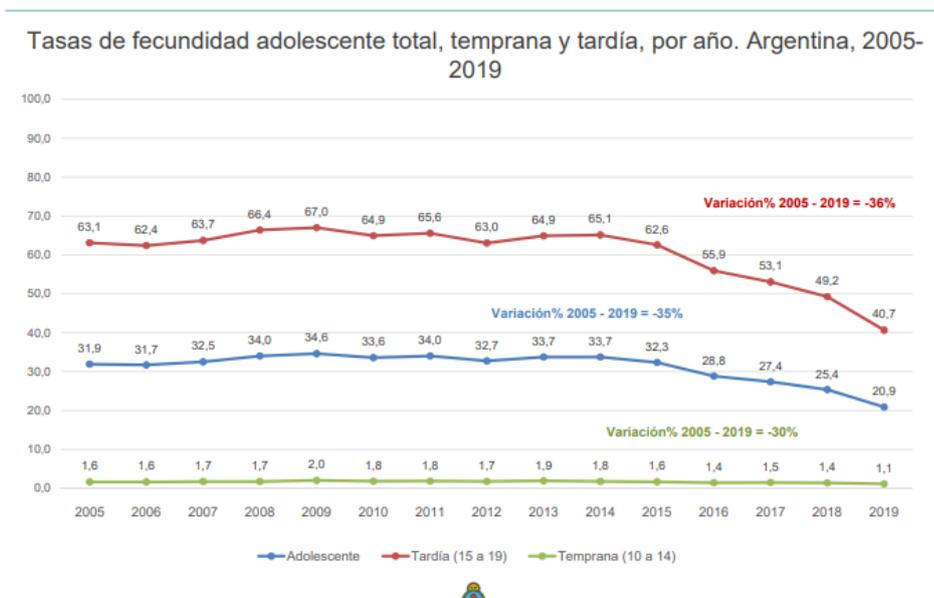
<sup>5</sup> Establecimos este corte etario, como lo mencionamos anteriormente, tomando como referencia el Art. 25 del Código Civil y Comercial de la Nación que establece que, es adolescente la persona que cumplió 13 años. **En este apartado estadístico vamos a usar la expresión “personas con capacidad de gestar” sin que esto implique correr el foco de las variables de edad y género que guían toda la argumentación del documento**, pero en la lectura de los números el énfasis estará en la variable edad lo que conlleva un riesgo en sí e independientemente de la identidad de género por tratarse de cuerpos en desarrollo y que, incluso por la potencialidad biológica de gestar pueden estar siendo violentados también en la conformación de sus identidades genéricas.

<sup>6</sup>Nos referimos a los datos correspondientes a las gestaciones que terminaron en interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE), aborto espontáneo, aborto en curso, aborto incompleto y otras complicaciones del aborto para dimensionar adecuadamente el problema.

Otra de las dificultades, es que los indicadores están elaborados para grupos que abarcan un rango etario amplio diluyendo el estado real en la niñez.

El indicador para estimar el embarazo y la maternidad<sup>7</sup> en el grupo de personas de 10 a 19 años es la **tasa de fecundidad adolescente**<sup>8</sup>. Dadas las diferencias según subgrupos de edad, esta tasa se desagrega en: **tasa de fecundidad adolescente temprana**<sup>9</sup> (personas gestantes de 10 a 14 años inclusive) y **tasa de fecundidad adolescente tardía** (personas gestantes de 15 a 19 años). Cabe aclarar que la realidad de las niñas que viven embarazos y maternidades forzadas queda englobada y, por tanto, invisibilizada en las cifras de fecundidad adolescente temprana<sup>10</sup>, a pesar de que tanto las causas como las consecuencias de ambas situaciones son muy diferentes (CLADEM, 2016). Esto impide valorar adecuadamente la situación de las niñas, sumado a lo ya mencionado sobre la carencia de información sobre los abortos.

Gráfico 1.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en base a datos de DEIS, 2022.

El gráfico 1 muestra la evolución en las tasas de fecundidad adolescente total, temprana y tardía en Argentina, durante el período 2005 a 2019. Se observa una tendencia estable entre 2005 y 2014,

7 En este punto cabe aclarar que si bien, entendemos a la maternidad tanto desde un punto de vista legal, como cultural y que excede el acto de parir, a los fines estadísticos de este apartado nos referimos al hecho biológico solamente.

8 La Tasa de fecundidad adolescente se define como: el cociente entre los nacidos vivos de madres de hasta 19 años, en un año dado, y el total de mujeres de 10 a 19 años, por mil (de existir nacimientos de madres de menos de 10 años se los incluye en el numerador).

9 La tasa de fecundidad temprana expresa el número de nacimientos de mujeres entre 10 y 14 años, en un año, por cada mil mujeres de ese grupo de edad.

10 Estas denominaciones, tasa de fecundidad adolescente temprana y tardía, son convenciones para análisis estadístico, ya que, la tasa de fecundidad adolescente temprana incluye a niñas menores de 13 años, que aunque lo biológico habilite la concepción no presentan el desarrollo físico ni la madurez bio-psico-social para comprender y llevar a cabo una gestación.

para luego presentar una tendencia en disminución sostenida hasta el año 2019, con una variación de -35% en la tasa de fecundidad adolescente total fundamentalmente a predominio de la disminución de la tasa de fecundidad adolescente tardía (-36%).

En Argentina, la tasa de fecundidad adolescente temprana (10-14 años) fue en 2018 de 1,4 por mil y presentó variaciones marcadas según las distintas jurisdicciones, con las tasas más altas en las provincias del NEA, 5,2 por mil en Formosa, 4,6 por mil en Chaco y 3,5 por mil en Misiones (DIAJU, 2018). En 2014 el 82 por ciento de los nacimientos de menores de 15 años correspondió a adolescentes de 14 años y el 18 por ciento restante a niñas de 13 o 12 años o incluso menores. No obstante, como señalamos, hay importantes diferencias entre jurisdicciones: en Misiones el 55 % corresponde al grupo de 10 a 13 años (CHEJTER e ISLA, 2018). En Neuquén, la tasa de fecundidad temprana en 2018 fue 0,9 (DIAJU, 2018).

Gráfico 2.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en base a datos de DEIS, 2022.

En Neuquén, según las estadísticas nacionales, como se observa en el gráfico 2, las tasas de fecundidad adolescente total, tardía y temprana presentaron una tendencia estable o con ligero aumento entre los años 2005 y 2010, para luego comenzar a disminuir manteniendo esa tendencia hasta el 2019. Los porcentajes de variación fueron de -48,37%, -72,27% y -47,02% respectivamente, siendo más notable la disminución de la tasa de fecundidad adolescente tardía. En ese período se produjeron 28.519 nacidxs vivxs de adolescentes y niñas entre 10 y 19 años, de los cuales **121 (0,42 %) corresponden a niñas de 10 a 13 años** (DEIS, 2022).

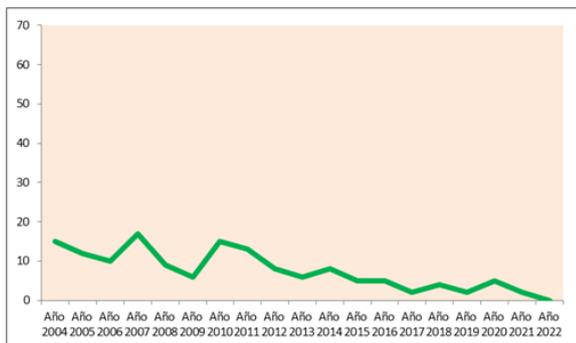
En base a datos de la dirección de estadísticas del Ministerio de Salud de nuestra provincia se elaboraron las tablas y gráficos que se presentan a continuación y que describen los nacimientos de niñas de 10 a 13 años, ocurridos en la provincia de Neuquén entre los años 2004 y 2022, según edad de la madre al momento del parto, forma de terminación, peso de nacimiento, tiempo de gestación, lugar de nacimiento, zona sanitaria de residencia de la niña y zona sanitaria de ocurrencia del parto.

**Tabla 1. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años. Neuquén. Período 2004-2022. N=141.**

Año	Edad		Total
	12	13	
2004	5	10	15
2005	1	11	12
2006	1	9	10
2007	3	14	17
2008	3	6	9
2009	0	6	6
2010	0	15	15
2011	2	11	13
2012	0	8	8
2013	3	3	6
2014	1	7	8
2015	0	5	5
2016	1	4	5
2017	0	2	2
2018	0	4	4
2019	0	2	2
2020	0	2	2
2021	0	2	2
2022	0	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>121</b>	<b>141</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

Gráfico 3. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años. Neuquén. Período 2004-2022. n=141.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

Tabla 2. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años según forma de terminación. Neuquén. Período 2004-2022. n=141.

Terminación	Edad		Total	Porcentaje
	12	13		
Cesárea electiva	5	23	<b>28</b>	<b>19,86</b>
Cesárea intraparto	1	21	<b>22</b>	<b>15,60</b>
Espontáneo	13	76	<b>89</b>	<b>63,12</b>
Extrac.en pelviana			<b>0</b>	<b>0,00</b>
Fórceps/Ventosa	1	1	<b>2</b>	<b>1,42</b>
Otras			<b>0</b>	<b>0,00</b>
Sin dato			<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>121</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

Tabla 3. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años según peso de nacimiento. Neuquén. Período 2004-2022. n=141.

Peso al nacer	Edad		Total	Porcentaje
	12	13		
<2500 g	1	14	15	<b>10,64</b>
2500-4000 g	19	103	122	<b>86,52</b>
>4000 g	0	4	4	<b>2,84</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>121</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

**Tabla 4. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años según tiempo de gestación. Neuquén. Período 2004-2022. n=141.**

Tiempo Gestación	Edad		Total	Porcentaje
	12	13		
Prematuro extremo		1	1	<b>0,71</b>
Muy prematuro		2	2	<b>1,42</b>
Prematuro mod	2	10	12	<b>8,51</b>
Termino	18	106	124	<b>87,94</b>
Sin dato		2	2	<b>1,42</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>121</b>	141	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

En el anexo 1 se muestran otras tablas que desarrollan más detalles sobre las características de las personas de este grupo etario embarazadas.

Observando las tablas y gráficos precedentes podemos decir que, los nacimientos con bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilogramos) y de pretérmino (aquellos que ocurren antes de la semana 37 de gestación), son más frecuentes durante la adolescencia, en particular en las edades más jóvenes y son factores que incrementan el riesgo para la salud infantil. En el período analizado el **10,64% presentaron prematurez y el 13,48% bajo peso o macrosomía.**

La zona de residencia de la persona con capacidad de gestar se distribuye a lo largo de la provincia, pero el **37,59% residen en la Zona Metropolitana.** El **76,60%** de los partos se realizaron en **establecimientos públicos de salud.**

**En el 35,46% de los nacidos vivos la vía de terminación fue la cesárea.** Se destaca la diferencia en la vía de terminación por cesárea según el lugar de ocurrencia público o privado, siendo **26,85% vs 72,41%** respectivamente. Otro factor que caracteriza a las personas entre 10 y 13 años que experimentaron la maternidad es que entre ellas resulta significativamente elevada la proporción de quienes cuentan exclusivamente con cobertura del subsector público para la atención de su salud y, por consiguiente, para las personas recién nacidas.

Se evidencia, en la Tabla 8, que la mayoría de los partos se resuelven en la misma Zona de Residencia de la persona gestante, excepto la Zona I en la cual 52,94% se resuelve en la misma Zona vs el 47,06% cuya terminación sucede en la Zona Metropolitana.

Hasta aquí se realizó un análisis epidemiológico de la tendencia temporal desde la perspectiva de las gestaciones cuya terminación fue un parto (vaginal o cesárea). Al momento de la redacción de

este documento, y como se señaló más arriba, no contamos con los datos correspondientes a las gestaciones que terminaron en ILE, aborto espontáneo, aborto en curso, aborto incompleto y complicaciones del aborto para dimensionar adecuadamente el problema.

Si bien, desde los enfoques demográficos o epidemiológicos, el número de embarazos en la infancia es ínfimo comparado con el de los embarazos adolescentes, desde la perspectiva de derechos humanos, cada niña y cada caso de embarazo infantil es una niña cuyos derechos fundamentales han sido vulnerados (UNFPA, 2013). Esto es reflejo de situaciones sociales que deben prevenirse y erradicarse si se aspira a una sociedad con igualdad de derechos. Por lo tanto, requiere acciones urgentes por parte del Estado, sus instituciones y la sociedad en general para reparar y restituir esos derechos.

Los datos estadísticos ilustran aspectos del problema exponiendo tanto los riesgos biológicos como las vulnerabilidades sociales de la población que nos ocupa: niñas devenidas en madres, sin que se pueda corroborar que hubieran tenido una instancia deliberativa con el equipo de salud sobre las opciones terapéuticas disponibles, seguras y legales como es la interrupción del embarazo.

En este contexto, resulta pertinente señalar que la bioética, como ética aplicada, apela al razonamiento moral, irreductible tanto al cumplimiento normativo como a la evidencia estadística. La reflexión bioética busca esclarecer cuáles son las acciones correctas en escenarios en los que las decisiones son tan significativas que pueden modificar profundamente el curso de la vida de una persona. Por ello, exige prudencia y deliberación. En este marco, la bioética, como parte del equipo interdisciplinario de salud, se pregunta:

**¿Cuáles son las acciones prudentes y óptimas que deben seguir los equipos de salud ante una gestación en una niñez hasta los 13 años inclusive para garantizar su derecho a la salud, a la integridad y la protección del interés superior?**

#### **4.2 El embarazo infantil como reflejo de vulnerabilidades estructurales**

El embarazo y la maternidad en niñas constituyen graves problemáticas de salud pública, justicia social y derechos humanos (UNFPA, 2013). Estas situaciones generan múltiples consecuencias en la salud y la vida de las niñas, afectando sus dimensiones biológica, mental y social, así como sus oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y económico.

A continuación, se presenta una breve descripción del entramado de los factores subyacentes y sus efectos en el corto y largo plazo.

##### **a. Desigualdad estructural y exclusión social**

El embarazo infantil es una expresión de la inequidad social, ya que afecta principalmente a niñas pertenecientes a sectores históricamente vulnerados. Su prevalencia es mayor en hogares de nivel

socioeconómico bajo o muy bajo, con necesidades básicas insatisfechas<sup>11</sup>, en zonas rurales, entre migrantes recientes (especialmente de países limítrofes), y en niñas y adolescentes de pueblos originarios (UNFPA Argentina, 2018; GOGNA y BINSTOCK, 2020).

Entre los factores asociados se encuentra la desescolarización<sup>12</sup>, el acceso limitado a servicios de salud, la discriminación hacia minorías étnicas y la estigmatización de la pobreza (OPS-FNUAP-UNICEF, 2018).

Asimismo, y tal como se adelantó, la ausencia de servicios de salud accesibles y amigables<sup>13</sup>, sumado a la deficiente implementación de la educación sexual integral (ESI)<sup>14</sup>, contribuyen a la invisibilización de estas desigualdades, perpetuando desigualdades y estereotipos de género en entornos familiares, comunitarios y profesionales, que propician la aceptación o naturalización de la violencia y el abuso sexual. En efecto, en muchos entornos, estos hechos se naturalizan como “asuntos de familia”<sup>15</sup>, impidiendo que la niña pueda comunicar lo sucedido a personas adultas de confianza (SCHIARITI y GALLO, s.f.).

En este sentido, el embarazo y la maternidad en la infancia no solo son consecuencia de procesos de exclusión social, sino que constituyen en sí mismos una vulneración grave de derechos fundamentales, afectando el acceso a la educación, a empleos futuros y a condiciones dignas de vida (UNICEF, 2017a). Las niñas atraviesan la transición a la adultez con menos recursos personales<sup>16</sup> y mayores responsabilidades, en un contexto que limita su autonomía y proyecto vital.

---

<sup>11</sup> En este punto caben dos aclaraciones, con nivel socioeconómico bajo o muy bajo nos referimos a familias con viviendas precarias, bajo nivel educativo de los padres y madres, trabajos eventuales o de muy baja calificación. En ese sentido, referimos al concepto de necesidades básicas insatisfechas (NBI) pretendiendo abarcar un grupo de pobreza estructural y que representa una alternativa a la identificación de la pobreza considerada exclusivamente como insuficiencia de ingresos. Por medio de este abordaje se enfoca la pobreza como el resultado de un cúmulo de privaciones materiales esenciales.

<sup>12</sup> Entre las adolescentes de catorce años, casi la totalidad de quienes no son madres (95%) asiste a un establecimiento educativo mientras que entre las madres la proporción desciende al 66% (lo que representa una brecha del 45%). La mayoría de las que estaban asistiendo, por su parte, dejaron la escuela (GOGNA y BINSTOCK, 2020)

<sup>13</sup> Con esta denominación, servicios de salud amigables, nos referimos a que los prejuicios, mitos, temores y concepciones infundadas del personal de salud actúan como barreras al acceso a la atención de NNyA. Algunos desconocen el marco legal y otros no aplican las disposiciones por temor a un conflicto legal con los progenitores o adultos responsables. (UNFPA, 2016)

<sup>14</sup> La ESI brinda educación precisa y con base en evidencia científica, gradual y adecuada a cada edad y etapa de desarrollo. Propone una mirada integral, con enfoque de derechos humanos y basada en la igualdad de género. La ESI aporta información para: tomar decisiones libre e informadas sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la salud; construir relaciones afectivas y sexo afectivas respetuosas; respetar la diversidad; respetar y cuidar la intimidad propia y la de los demás; prevenir situaciones de abuso; identificar situaciones de violencia y denunciarlas; conocer y decidir sobre MAC; prevenir embarazos no intencionales; cuidarse de las ITS; aprender sobre el derecho a la IVE/ILE; conocer derechos y tener herramientas para ejercerlos y reclamarlos. Fuente: Infancias, juegos y géneros: herramientas para trabajar en territorio. 1era. Ed. – CABA – Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2021.

<sup>15</sup> Jens Qvortrup, académico danés considerado el padre de la sociología de la infancia, plantea entre una de sus 9 tesis fundamentales y constitutivas de la problemática de la infancia en nuestras sociedades que: “La ideología “familista” (no las relaciones de parentesco) constituye un obstáculo para los intereses y el bienestar de los niños”. Todas las tesis están citadas y retomadas desde una perspectiva latinoamericana en Bustelo Graffigna (2012).

<sup>16</sup> Cuando decimos recursos personales nos referimos al despliegue del proceso dinámico y continuo de construcción de la propia identidad y el sentido del sí mismo, la interacción con otros fundamentales en la crianza es el comienzo de la incorporación de recursos subjetivos para la comprensión, procesamiento y expresión de necesidades y emociones, luego, la socialización secundaria irá complejizando y enriqueciendo esas oportunidades de desarrollo ampliando los horizontes de posibilidad de expresión y acción de las personas en crecimiento con habilidades sociales, de comunicación, de empatía, de creatividad, de conocimiento y autoconocimiento en ese encuentro con otros que es la vida social. Es un deber del Estado en el despliegue de políticas democratizadoras y de sus funcionarios producir las condiciones para el despliegue de eso que Winnicott designa como *la esperanza de una expectativa cumplida por el mundo* y esto porque el sujeto nunca es aislado, *el centro de gravedad del individuo se encuentra en el conjunto entorno-individuo* (Winnicott, [1952] ed. en castellano: Escritos de pediatría y psicoanálisis, Madrid, Paidós, 1999)].

## b. Gestación involuntaria

La competencia para la toma de decisiones autónomas es una facultad compleja, que depende de varios factores, entre ellos, la edad, el desarrollo psicoemocional y las condiciones contextuales de la persona.

El embarazo en niñas de hasta 13 años inclusive es, por definición, involuntario<sup>17</sup>. Se trata de embarazos no buscados ni proyectados, resultado de relaciones sexuales abusivas<sup>18</sup> (UNICEF, 2016; CHIAROTTI, 2016), que derivan en maternidades forzadas (CLADEM, 2016).

La asimetría de poder derivada de la diferencia de edad, roles y lazos afectivos o psicológicos y, la desigualdad de conocimiento sobre la sexualidad y sus implicancias -cuando la víctima no comprende el acto que se está llevando a cabo-, entre otros factores, constituyen elementos centrales que conforman violencia por razones de género y un estado de sometimiento que no admite la conformación de una decisión libre<sup>19</sup>. Por lo tanto, el consentimiento, en tales situaciones, debe asumirse como un consentimiento inválido (Corte IDH, 2020).

Sin embargo, lamentablemente, el vínculo entre abuso, embarazo y maternidad forzada suele permanecer invisibilizado. Se presupone erróneamente el consentimiento de la niña<sup>20</sup> y se naturaliza la continuidad del embarazo como inherente a su biología, responsabilizándola por un hecho que no eligió ni comprendió.

---

<sup>17</sup> La literatura especializada denomina “embarazo infantil forzado” cuando una niña queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. El mismo puede ser producto de una relación sexual abusiva o provenir de una relación sexual que se supone consentuada, en la que la niña no conocía las consecuencias o, conociéndolas, no pudo prevenirlas (CLADEM, 2016).

<sup>18</sup> Se habla de prácticas sexuales abusivas o en contextos abusivos porque no necesariamente se usa como forma de coerción la fuerza física sino se definen por la concurrencia de tres factores: 1- asimetría de poder, deriva de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física. Puede además darse conjuntamente con una fuerte dependencia afectiva que hace aún más vulnerable al niño. 2- asimetría de conocimientos. El abusador en general cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual. 3- asimetría de gratificación. El abusador sexual actúa para su gratificación sexual; aun cuando intente generar excitación en la víctima, esto siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima (CHEJTER; ISLA. 2018). En este rango etario estos tres factores siempre están presentes por una cuestión netamente evolutiva.

<sup>19</sup> En este punto es importante resaltar, como señalamos en las aclaraciones anteriores, que “consentimiento” es un término del orden jurídico cuya resignificación en el ámbito psicosocial no es equiparable. La competencia para la toma de decisiones autónomas es una aptitud humana compleja, en la que intervienen varios factores además de la edad y el desarrollo psicoemocional, como la asimetría de poder derivada de roles y vínculos afectivos y, la asimetría de conocimiento sobre la sexualidad y sus implicancias. Por lo cual, el consentimiento para las relaciones sexuales en las niñas no es considerado válido y en las adolescencias hay que considerar los factores del contexto mencionados antes.

<sup>20</sup> En la línea que venimos argumentando, podemos decir que la conceptualización del consentimiento es más compleja de lo que pudiera atenderse a simple vista. Es interesante revisar lo que la Corte IDH analiza en el Caso Guzmán Albarracín y Otras Vs. Ecuador. Sentencia de 24 de junio de 2020, párr. 92. Disponible en: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_405\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_405_esp.pdf) como consentimiento viciado por estado de sometimiento que no admite la conformación de una decisión libre. Con relación a las niñas y adolescentes, el CEVI, en el Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil ha señalado que los abusos sexuales de niñas menores de 14 años constituyen un delito grave y que todo embarazo en una niña menor de 14 años debe considerarse como no consentido y, por tanto, producto de violencia sexual, excepto en los casos en donde las relaciones sexuales consentidas se dan entre pares. [https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI\\_Cevi\\_doc.267\\_21.ESP.RecomendacionGeneralConsentimientoSexual.XVIII%20CEVI.pdf](https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI_Cevi_doc.267_21.ESP.RecomendacionGeneralConsentimientoSexual.XVIII%20CEVI.pdf)

Esto no solo encubre y reproduce prácticas de violencia de género, discriminación y abuso sexual (UNFPA, 2013; Plan-UNICEF, 2014; PLANNED PARENTHOOD, s.f.; CLADEM, 2016; UNICEF, 2017) sino que además, soslaya que la mayoría de estos embarazos son producto de abusos sexuales ejercidos por integrantes de la familia o del entorno afectivo y social cercano<sup>21</sup> (CHIAROTTI, 2016; PLANNED PARENTHOOD-GLOBAL, s. /f.), junto con las consecuencias que ello provoca, tal como se ilustra a continuación.

### **c. Impacto físico, psíquico y social**

El embarazo en personas menores de 13 años provoca impactos en todas las dimensiones de la salud. Sus efectos sobre la salud física, psíquica, emocional y social están ampliamente documentados (JEEBHOY y BOTT, 2003).

En el corto plazo, y resultado del abuso<sup>22</sup>, pueden producirse lesiones físicas (anales o vaginales), infecciones urinarias y de transmisión sexual (PEREDA, 2009), así como síntomas psicológicos y conductuales tales como ansiedad, depresión, agresividad, hostilidad, dificultad en la relación con sus pares, sobre adaptación, trastorno de estrés postraumático, autoagresiones, trastornos alimentarios y distorsión de la imagen corporal (TRICKETT, NOLL, REIFFRAN Y PUTNAM, 2001).

En el largo plazo, los efectos pueden extenderse hasta la adultez, persistiendo el estrés postraumático, dificultades vinculares, baja autoestima y alteraciones en la sexualidad.

En términos biológicos, el embarazo a edades tan tempranas conlleva un mayor riesgo de complicaciones obstétricas<sup>23</sup> y de mortalidad materna<sup>24</sup>, debido a la inmadurez del aparato reproductor y otras estructuras corporales (UNFPA, 2013; OMS, 2011). También se incrementa el riesgo para los hijos: son más frecuentes los nacimientos prematuros, de bajo peso, y las tasas de mortalidad fetal e infantil son significativamente más elevadas<sup>25</sup> (ENIA, 2019; PANTELIDES, MARCONI Y FERNÁNDEZ, 2014).

En el plano de la salud mental, se registran tasas elevadas de síntomas depresivos, ansiedad y pensamientos suicidas durante el embarazo y el puerperio, con una prevalencia mayor a la observada en mujeres adultas (BECK et al., 1993; ONU, 2003/2004). La situación de abuso, sumada a la exigencia de maternar sin haber completado el propio desarrollo, agrava el cuadro. Las niñas pueden experimentar sentimientos de agobio, dificultades en el vínculo con el recién nacido e incluso situaciones de descuido o maltrato (CELSAM, 2010). A menudo abandonan sus estudios y

---

<sup>21</sup> El 80% de los cogestantes de embarazos de niñas-madres las superan en edad por lo menos en diez años y, una cuarta parte, son al menos veinte años mayores que ellas, situación que permite aseverar condiciones de abuso, violación o, incluso, incesto. (PEREIRA, 2010; GOGNA Y BINSTOCK, 2019)

<sup>22</sup> No se explicita y, se da por sobre entendido, que el embarazo es consecuencia primaria del abuso.

<sup>23</sup> Las niñas de 15 años o menos tienen probabilidades notablemente más altas de sufrir enfermedades como eclampsia, anemia, hemorragia posparto y endometritis puerperal que las adolescentes mayores (NEAL et al. 2012)

<sup>24</sup> En Argentina la tasa de mortalidad materna en personas de 10 a 14 años fue de 66,5 x 100.000 en el 2016 según datos del MESECVI.

<sup>25</sup> El desglose de la tasa de mortalidad infantil entre las mujeres menores de 20 años arroja valores de 13,6 y 9,1 por mil para los grupos de edad 10-14 y 15-19 respectivamente (Secretaría de Gobierno de Salud-UNICEF, 2018).

actividades recreativas, perdiendo oportunidades de desarrollo y, en términos simbólicos, su propia condición de niñas.

En el área social, se observa la interrupción de la escolaridad, la pérdida del proyecto de vida y una disminución significativa de las posibilidades de inserción laboral futura<sup>26</sup>. Estas niñas-madres enfrentan mayores riesgos de pobreza, exclusión, violencia y dependencia, perpetuando un ciclo de vulneración estructural (UNICEF Argentina, 2020).

Si bien, la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es una opción contemplada por el marco normativo argentino<sup>27</sup>, las niñas enfrentan múltiples obstáculos para acceder a este derecho de forma oportuna y segura. Según diversas investigaciones, entre los principales obstáculos se encuentran el desconocimiento de los derechos vigentes, la detección tardía del embarazo, las presiones del entorno para continuar con la gestación, la falta de acceso a información sobre métodos seguros, y el uso ineficaz del misoprostol debido a la ausencia de consejería adecuada (ENIA, 2019; GOGNA Y BINSTOCK, 2020). Un obstáculo particularmente grave lo constituye el uso indebido de la objeción de conciencia por parte de profesionales de la salud, lo que restringe aún más el acceso efectivo a este derecho (ELA, CEDES y REDAAS, 2023).

## 5. El marco bioético de análisis: Derechos Humanos

Desde la Declaración de Bioética y Derechos Humanos (DBDDHH, 2005) se consolidó la conjunción de la bioética con los derechos humanos (DDHH) y el concepto de dignidad humana como fundamento último (Art. 3 DBDDHH, 2005). Los principios éticos que guían la atención de salud en este marco son el de **autonomía**<sup>28</sup>, como la capacidad de vivir la vida que se desea, y el de **Justicia**<sup>29</sup>, como la condición de posibilidad de esa libre elección. Asimismo en nuestra región, Latinoamérica, es ineludible integrar al análisis el contexto histórico, sociocultural y económico de nuestra población como condicionante del ejercicio efectivo de los DDHH<sup>30</sup>.

---

<sup>26</sup> Como mencionamos, abandonan los estudios y sus actividades recreativas, ya que no pueden sobrellevar y compatibilizar con la carga de la crianza. Su condición de niña desaparece ya que abandonan las actividades propias de esta etapa de la vida (escuela, juegos y otras actividades recreativas). Asimismo, son discriminadas por sus pares que ya no las consideran iguales. En muchos hogares prohíben a sus hijas que se junten con la niña embarazada o que es madre para “que no sigan el ejemplo”. En general, el grupo de amigas se reduce o desaparece. (CLADEM, 2016)

<sup>27</sup> En Argentina en 2013, se registraron 462 egresos hospitalarios de niñas entre 10 y 14 años de edad que estuvieron internadas por complicaciones de aborto (DEIS, 2015).

<sup>28</sup> En el sentido kantiano del término significa que la persona, en cuanto ser dotado de razón, no obedece a ninguna otra ley moral que aquella que se da a sí misma, condición que la hace poseedora de dignidad (y no de precio) y fin en sí misma (no solo un mero medio para otros fines).

En el campo de los DDHH, este concepto se aplica en el sentido que la persona paciente tiene derecho a tomar las decisiones respecto de su cuerpo, su salud y su vida acorde con sus intereses y proyecto de vida.

<sup>29</sup> El concepto de justicia se emplea como condición de posibilidad para que los seres humanos accedan en iguales términos, a los recursos necesarios para el ejercicio de sus derechos. Es decir, iguales posibilidades para toda persona de vivir la vida que se desea. En el campo de los DDHH la justicia equivale a la igualdad, es decir, todas las personas tenemos la misma dignidad y mismos derechos, sin importar género, etnia, clase social ni otra condición particular.

<sup>30</sup> En este sentido, hablamos de una Bioética latinoamericana refiriéndonos a que se centra en los DDHH, enfatizando el análisis crítico desde la perspectiva de la equidad y el enfoque de los determinantes sociales de salud (DSS) para abordar las situaciones de la práctica sanitaria generadas, reproducidas y profundizadas por el modo de distribución del poder y los recursos. Esto incluye necesariamente, la

A estos principios de carácter general, con alcance a todas las personas, se les agregan los principios específicos de especial relevancia en la atención de niñas, niños y adolescentes (NNyA) y que fueron establecidos por la Convención de los Derechos del Niño (CDN)<sup>31</sup> -documento que posee jerarquía constitucional conforme lo establece el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional- sujeto de derechos, el de interés superior y la autonomía progresiva.

La CDN cambia el paradigma en la forma de entender la niñez y la adolescencia, ya que de ser **la persona menor de edad** considerada objeto de la intervención-compasión por parte de la familia, el Estado y la sociedad (sistema tutelar), pasó a ser reconocida como sujeto **titular de derechos**<sup>32</sup>.

### 5.1 El de interés superior del/de la niñx,

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que el interés superior debe ser una consideración primordial en todas las medidas y decisiones que afecten a las niñeces, ya sean adoptadas por instituciones públicas o privadas.

Se trata de un concepto flexible, complejo y dinámico, cuyos elementos principales incluyen:

- El respeto por la dignidad humana y el desarrollo integral del niño, lo que abarca el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo;
- El derecho a la no discriminación y a la igualdad real de oportunidades.

A su vez, desde una perspectiva funcional, el interés superior debe ser comprendido en tres dimensiones:

1. Como **derecho sustantivo**, que garantiza que sus intereses sean priorizados;
2. Como **principio interpretativo**, aplicable ante conflictos normativos;
3. Y como **principio procedimental**, que orienta la toma de decisiones.

Este principio, que opera como una herramienta de equilibrio entre la protección y la progresiva capacidad de decisión autónoma -que se desarrolla a continuación- requiere una evaluación individualizada, considerando las características particulares de cada niño, niña o adolescente, así como su contexto y necesidades específicas.

---

mirada de género, etnia y clase social como ejes que atraviesen toda la problemática de los valores éticos en relación con la génesis, desarrollo y aplicación social de los beneficios de las ciencias y el conocimiento, pretendiendo contribuir a superar las brechas entre la declamación y el ejercicio de los DDHH. (MACÍAS 2015)

<sup>31</sup> Cabe aclarar que solo se nombra “niño”, ya que, la Convención fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, cuando aún no se había adoptado el lenguaje inclusivo como forma de visibilizar las desigualdades de género y diversidades sexuales.

<sup>32</sup>En consecuencia, **el ejercicio de la responsabilidad parental no es absoluto**, sino que encuentra como límite el interés superior del NNyA (CSJN, 2012). De acuerdo a lo mencionado, el interés superior, se convierte en una herramienta que busca el equilibrio entre la progresividad en la toma de decisiones y el derecho a recibir protección adecuada por parte de las personas funcionarias públicas y particulares.

El artículo 638 del CCYC establece que, la responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado. La responsabilidad parental se rige por los principios de: el interés superior del niño, la autonomía progresiva y el derecho a ser oído y que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

## 5.2 El principio de autonomía/competencia progresiva, implica la asunción por las/os NNyA, de roles y funciones, conforme a su grado de desarrollo y madurez;

La autonomía progresiva implica el reconocimiento de que niños, niñas y adolescentes (NNyA) van adquiriendo, de forma gradual y en función de su desarrollo y madurez y en interdependencia con su contexto, la competencia de tomar decisiones propias.

Esto deviene de considerar a las niñeces como sujetos de pleno derecho, con dignidad inherente, que se traduce, en el ámbito de la salud, en la competencia reconocida a los NNyA para tomar decisiones vinculadas al cuidado de su propio cuerpo (LAMM, 2015).

Se entiende por **competencia** la capacidad para comprender el alcance y las consecuencias de una acción, y decidir de forma autónoma y proyectiva, es decir, en concordancia con los propios intereses y deseos, tanto presentes como futuros. Ser competente para tomar una decisión implica:

- Comprender las opciones disponibles, sus riesgos y beneficios;
- Poder expresar una elección razonada entre alternativas;
- Hacerlo en condiciones de libertad, sin coerción externa.

Esta competencia se desarrolla de forma gradual, permitiendo que NNyA adopten ciertas decisiones autónomas desde edades tempranas, y otras más complejas conforme avanzan en su desarrollo. Sin embargo, su **opinión debe ser siempre escuchada y tenida en cuenta**, garantizando su derecho a ser oído/a.

La evaluación de la competencia debe realizarse caso por caso, teniendo en cuenta una serie de factores que actúan interrelacionadamente: la madurez del niño, niña o adolescente; la complejidad de la decisión sanitaria en juego; y las condiciones contextuales y relacionales en las que la decisión tiene lugar, ya que estas -tal como se verá en el apartado 7- pueden incidir posibilitando, o restringiendo, el ejercicio efectivo de la autonomía.

Cabe aclarar, por último, que el enfoque propuesto por la CDN se replica de manera coherente en el resto del plexo normativo vigente en el país, que recoge y desarrolla los mismos principios de protección integral, a saber: La Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2005); La Ley Provincial 2.302 de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (1999); El Código Civil y Comercial de la Nación (2015); el artículo 47 de la Constitución de la Provincia del Neuquén (2006).

## 6. Aspectos jurídicos adicionales involucrados en la atención sanitaria de las niñeces<sup>33</sup>

Tal como se mencionó el marco prioritario de análisis de este tipo de situaciones viene dado por los DDHH, y particularmente, los lineamientos de la CDN.

---

<sup>33</sup> Pueden ampliarse los conceptos de este apartado en el Documento de Aspectos Bioéticos en la atención sanitaria de NNyA disponible en el enlace <https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2024/07/DOC-NNyA-DISPO-2078-OFICIAL.pdf>

No obstante, el análisis integral de este tipo de situaciones no puede pasar por alto la normativa vigente en materia de infancia y adolescencia en nuestro país orientada a la protección de ese grupo vulnerable. Esto es importante dado que dicha legislación no solo toma nota de alguno de los factores subyacentes al fenómeno del embarazo infantil arriba indicados, sino que además, procura tornar operativos los principios mencionados en el apartado precedente.

De ese plexo normativo, por ende, resulta pertinente mencionar lo siguiente:

-La Ley 26.061, que en su artículo 30, establece el deber de todas las personas que trabajen en instituciones educativas o de salud -sean públicas o privadas- y de todo agente del Estado, de comunicar ante la autoridad administrativa local de protección de derechos cualquier hecho que implique una vulneración de derechos de NNyA. La omisión de dicha denuncia genera responsabilidad.

Asimismo, el artículo 34 dispone que las medidas de protección tienen por finalidad la preservación, restitución y reparación del disfrute y ejercicio de los derechos vulnerados.

-La Ley Provincial 2.302, que en su artículo 22, impone a toda persona que tome conocimiento de situaciones que afecten la dignidad o derechos de niñas, niños o adolescentes, la obligación de denunciarlas ante los organismos provinciales competentes.

-La Ley 27.455 (2018), que reformó el artículo 72 del Código Penal, estableciendo que los delitos contra la integridad sexual de personas menores de 18 años son de instancia pública. Por lo cual, recibida la denuncia, la intervención judicial no requiere la ratificación por parte de los representantes legales, sino que el Estado tiene el deber de actuar de oficio para investigar y sancionar estas violencias.

Esto no es un dato menor si se tiene en cuenta que el Código Penal en el artículo 119 establece “(...) *penas de prisión de 6 meses a 4 años al que abusare sexualmente de una persona cuando ésta fuera menor de 13 años (...)*”. Esto quiere decir que, en menores de 13 años, no importa si existe o no consentimiento: cualquier acto sexual, aún con consentimiento, con una persona menor de 13 años es considerado abuso. No se admite prueba en contrario, ya que **se considera que una niña o niño menor de esa edad no tiene madurez o desarrollo suficiente para dar consentimiento válido a ningún acercamiento o contacto con sentido sexual.**

#### 7. **El rol de los equipos de salud: La importancia de la información en el proceso de toma de decisión, la asistencia ante daños a la salud integral, su reparación y la restitución de derechos**

La formación profesional en salud y las dinámicas institucionales de la práctica asistencial moldean a quienes las ejercen. A través de su repetición, determinadas prácticas se consolidan como hábitos

incuestionables, conocidos como imaginarios profesionales<sup>34</sup>, que orientan la toma de decisiones cotidianas en los equipos de salud.

En este marco, la bioética tiene como función reflexionar sobre lo que resulta adecuado y beneficioso para cada persona paciente en particular, en función de su contexto y situación de salud específica.

Esa reflexión, en el caso de situaciones que involucran niñeces, debe ser realizada inexorablemente a la luz del artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), que incorporó el principio de autonomía progresiva. Dicho artículo establece un **modelo mixto** de evaluación de capacidad, articulando dos dimensiones:

- una **subjetiva**, referida a la edad y al grado de desarrollo psicoemocional,
- y otra **objetiva**, relacionada con la naturaleza, complejidad y riesgos de los procedimientos sanitarios o decisiones en juego.

Asimismo, es necesario tener presente que la autonomía que inicia su desarrollo durante la infancia, tal como se mencionó y se retomará en lo que sigue, está necesariamente entrelazada con los contextos y vínculos sociales, los cuales dotan a las personas en crecimiento de herramientas para la autorregulación y la independencia moral haciendo posible el ejercicio efectivo de la autonomía.

La práctica sanitaria se basa en criterios técnico-científicos y éticos, orientados a minimizar riesgos, maximizar beneficios y asegurar la participación informada de la persona paciente menor de edad, en función de su nivel de comprensión y madurez. Dicha participación debe ser evaluada en cada caso particular, ya que, como señalamos anteriormente, la autonomía en desarrollo está determinada por diversos factores interrelacionados: desarrollo físico y cognitivo, contexto socio sociocultural, nivel educativo, entre otros. Por esta razón, también, el acompañamiento que se brinde será flexible y adaptable.

En este sentido, la capacidad de elección solo puede ejercerse cuando se presentan opciones reales, comprensibles y válidas. Como señala Silvina Álvarez Medina (2022), la autonomía no es una facultad abstracta, racional e independiente, sino relacional. La autora explica que **estamos expuestos a influencias culturales, grupales y otros condicionantes materiales e históricos, por lo que el contexto de toma de decisiones condiciona de posibilidad su efectivo ejercicio**. Dicho de

---

<sup>34</sup> Imaginario social es un concepto propuesto por Cornelio Castoriadis (en la década de los 1980) y retomado con frecuencia por las ciencias sociales (por ejemplo: Baczko, 1984) para indicar los sistemas de representaciones (ideas, convenciones, cosmologías, ideologías) que regulan la vida práctica de las personas (regulan conductas, introducen esquemas interpretativos, modos de pensamiento, etc.) impactando en el territorio, en las formas de organización institucional, etc. Varios trabajos realizados sobre los sistemas de salud (Débora Tajer, proyectos UBACyT) retoman este sentido para hablar de **cómo se configuran los imaginarios profesionales que inciden en los modos de atención sin que exista real conciencia por parte de quienes los ejecutan**. Cabe aclarar que Castoriadis acuña esta noción en reflexiones inspiradas en los aportes del psicoanálisis.

otro modo, la decisión se gesta en un entramado de relaciones, decisiones pasadas, estímulos presentes y posibilidades futuras.

Desde esta perspectiva, entonces, la toma de decisiones en salud no puede pensarse al margen del contexto social, histórico y afectivo de la persona en cuestión.

Esto no significa que no tengamos independencia, ya que -tal como recalca la autora nombrada- la independencia pasa por la posibilidad de que "...el sujeto sea capaz de someter dichos factores a evaluación", desde una aptitud mental y madurez psicológica tal que le permita una actitud crítica en la capacidad de agencia (ÁLVAREZ MEDINA, 2022). En otras palabras, las personas actuamos y decidimos influidas por múltiples factores, y el ejercicio de la autonomía no exige ignorarlos, sino poder evaluarlos críticamente.

En base a lo expuesto, la autonomía supone:

-por un lado, la capacidad de deliberar con madurez y proyectar una elección razonada, ponderando las condiciones que nos rodean; y,

-por otro lado, la existencia de un repertorio de opciones concretas, accesibles y legítimas. Si las alternativas no son claras, suficientes o adecuadas, la expresión de preferencias reales se ve imposibilitada.

En el campo de la salud sexual y reproductiva, esto exige desanudar el binomio sexualidad/reproducción (DEZA, 2019) y reconocer que, ante una gestación no intencional, tiene que ofrecerse la interrupción legal del embarazo, reconociendo la efectiva vigencia de la libertad reproductiva (como facultad de decidir, libremente y sin coerciones, si procrear o no, con quién, cuándo, cómo, cuántos hijos tener y el intervalo entre los mismos).

Lo dicho anteriormente es particularmente importante en el caso de las infancias. Aquí, tal como se puede advertir, el ámbito familiar y social influye decisivamente en su desarrollo moral, por lo que su autonomía se presenta como una construcción gradual y contextual.

La comprensión de la autonomía como un concepto relacional, en el cual el desarrollo moral de las personas se ve atravesado por quienes las formaron y cuidaron de ellas, es determinante para dimensionar la importancia del **valor de la información que debe aportar el equipo de salud para que los individuos (niña/familia<sup>35</sup>) que solicitan atención no queden anclados en su entorno, sino que cuenten con elementos que posibiliten revertir los resultados que dicha interdependencia arrojaría si no se amplía el horizonte de opciones legítimas.**

---

<sup>35</sup> Aquí cabe dejar claro que se involucrará a la familia solamente en caso que no sean partícipes de la vulneración de derechos de la niña.

Por consiguiente, cuando hablamos de opciones relacionales no se hace referencia únicamente a las relaciones afectivas, familiares, convivientes, sino que se amplía la consideración sobre el rol que tienen las instituciones públicas, particularmente, las de salud que **adquieren un rol democratizador clave en materia de acceso a derechos básicos, como a la atención integral de salud, en la reparación de daños y en la no profundización de inequidades sociales.**

Y es que la consulta médica no es un acto neutral, sino que constituye un **espacio relacional** en el que se ponen en juego motivaciones, creencias, saberes, emociones y expectativas de las distintas personas involucradas (niña, familia, profesionales de salud). El equipo de salud debe actuar con responsabilidad institucional<sup>36</sup>, procurando:

- Garantizar el acceso a la atención sin barreras;
- Disminuir los riesgos y maximizar los beneficios ofreciendo e indicando las prácticas que la evidencia científica así acredita;
- Brindar información completa, clara y adaptada a la capacidad de comprensión de la niña;
- Crear condiciones mediante la escucha y el diálogo para que se comprendan las razones que fundamentan la propuesta terapéutica y **reconocerla como opción válida, posible y beneficiosa**; No se trata de imponer una opción pero tampoco implica cargar la responsabilidad de tomar tal decisión a la niña, cuando esta exigencia no es pensada ni requerida para otras situaciones de salud que conllevan riesgos similares<sup>37</sup>.
- Reconocer la situación social de la paciente y su entorno como parte sustancial de la intervención.

Este enfoque exige no solo empatía, sino una postura activa frente a contextos de **desigualdad estructural**, especialmente en estos casos de gestación infantil. Como señala Álvarez Medina “crear oportunidades parece requerir algo más que cambiar condiciones formales y, más aún, crear opciones implica consolidar espacios que propicien el reconocimiento y la autoestima”.

Por tal razón, en el ámbito de salud y con respecto al problema sobre el cual este documento reflexiona, lo dicho se traduce en crear un espacio que propicie el reconocimiento y la autoestima en las niñas, donde la opción de “no ser madre” tempranamente en la vida **sea presentada como alternativa válida, legítima, accesible y de menor riesgo que la de continuar con el embarazo.**

---

<sup>36</sup> Al respecto cabe citar: “Sobre la importancia de la función pública de los agentes en materia de salud pública, en el fallo “Brescia, Noemí L.”, la Corte expresamente señaló: “Que el adecuado funcionamiento del sistema asistencial médico no se cumple tan sólo con la yuxtaposición de agentes y medios, con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, sino que resulta imprescindible, además, que todos ellos se articulen activamente en cada momento y con relación a cada paciente. Porque cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema y un acto fallido en cualesquiera de sus partes, sea en la medida en que pudiere incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil, más riesgoso o más doloroso, necesariamente ha de comprometer la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección del sistema y su contralor” (DEZA, 2020). Para mayor información respecto de las responsabilidades que le cabe a los Estados parte de la CEDAW puede consultarse la Recomendación General N° 35 de la CEDAW (2017) pp. 9-12.

<sup>37</sup> El artículo 26 del CCYC, no otorga a las personas menores de 13 años la competencia plena para la toma de decisiones sobre su salud y cuerpo, no obstante sí, como ya se mencionó, la garantía de la escucha y la consideración de su opinión. Asimismo, toda nuestra normativa jurídica establece el interés superior como piso para dirimir cuestiones que afectan los intereses de las niñas

Crear opciones que sean identificadas como tales, implica consolidar el reconocimiento de dicha alternativa como algo posible y elegible para cualquiera, y lícitamente recomendable como una indicación terapéutica.

Para ello, se necesita:

- Desplegar estrategias de acompañamiento que visibilicen la opción de interrumpir el embarazo como una indicación terapéutica;
- Fortalecer el reconocimiento de esa alternativa como posibilidad concreta y segura;
- Brindar respaldo institucional a quienes toman decisiones en situaciones complejas, sin reducir la práctica clínica a una omisión o neutralidad.

En suma, la función del equipo de salud **no es simplemente ofrecer opciones**, sino **crear condiciones reales de posibilidad** para que esas opciones puedan ser reconocidas como tales por las niñas y, si corresponde, sus familias. Esto incluye derribar prejuicios, aportar legitimidad a la elección, y abrir horizontes donde antes solo había imposiciones o silencios.

## **Recomendaciones:**

### **1. Primera intervención sanitaria: oportunidad para la restitución de derechos**

El primer contacto con una niñez embarazada —independientemente del rol o disciplina del integrante del equipo de salud— debe ser considerado **una instancia prioritaria**, que exige una intervención activa y responsable orientada a establecer un vínculo que garantice la continuidad de la atención sanitaria.

Este encuentro inicial será aprovechado como **una oportunidad para reparar y restituir derechos vulnerados**, procurando no profundizar riesgos ni daños a la integridad y salud. La intervención tiene que asegurar, como mínimo:

- La asignación de un turno reservado dentro de las 48 horas posteriores, y
- La obtención de un medio de contacto confiable (teléfono, dirección, escuela, etc.).

Como criterio deseable, se sugiere realizar en ese mismo momento una entrevista con un/a profesional del ámbito médico o psicosocial.

### **2. Acompañar y apoyar el proceso de atención**

Durante todo el proceso de atención, el objetivo será **acompañar, proteger y contener a la niña**, sin sustituir su voluntad, dotándola de información clara, herramientas comprensibles y referentes significativos que favorezcan **la toma de decisiones en su mejor interés** (conforme lo establece el artículo 12 de la CDN).

### 3. Abordaje interdisciplinario e integral de la situación de salud –la gestación y el abuso-

Implementar un abordaje interdisciplinario real y efectivo, capaz de atender tanto el impacto del abuso como las particularidades de la gestación, considerando:

- Las características evolutivas propias de la niñez,
- El contexto de violencia sexual en el que se produjo la gestación,
- Y la necesidad de intervenciones simultáneas pero diferenciadas.

El embarazo infantil es un **indicador específico de abuso sexual**, y ambas situaciones (gestación y abuso) tienen que ser tratadas como una única problemática desde una perspectiva de derechos y con enfoque de género, sin naturalizar el embarazo ni reducir el abuso a un conflicto interpersonal. Precisamente, aplicar perspectiva de género conlleva a mirar ambas situaciones como producto de desigualdades estructurales en el plano socio-cultural, sin disociarlas.

### 4. Espacios respetuosos, deliberativos y centrados en la niña

Durante la atención se garantizará un **espacio confidencial, respetuoso y centrado en el cuidado**, que propicie el diálogo y proteja a la niña de influencias morales indebidas.

Este espacio tiene que incluir:

- Información imparcial, adecuada a sus necesidades y nivel de comprensión,
- Perspectiva integral (biomédica, social, cultural, económica),
- Coordinación para minimizar el número de entrevistas y evitar la fragmentación de intervenciones,
- Tiempo acotado para resolución, con trabajo articulado de equipos interdisciplinarios previamente conformados.

### 5. Contenidos mínimos de la primera entrevista (médica o psicosocial)

La primera entrevista contemplará los siguientes aspectos:

- a) Evaluar el nivel de riesgo para la integridad y vida de la niña. En casos de riesgo elevado, considerar alternativas como residencia segura o internación.
- b) Indagar sus percepciones, preocupaciones y comprensión sobre la situación de embarazo y abuso.
- c) Definir la prosecución del circuito de atención en dos dimensiones paralelas:
  - En relación con el embarazo: estudios, turnos, interconsultas, redes de contención, etc.
  - En relación con la situación de abuso: notificación inmediata al órgano administrativo de protección de derechos, y denuncia ante fiscalía o autoridad judicial competente.

Se recuerda que **el sistema de salud tiene un rol insustituible** en la atención de daños a la integridad física, psíquica, sexual y reproductiva, y en la restitución de derechos. Las intervenciones

sanitarias **no tienen que supeditarse ni dilatarse en función del avance del proceso judicial**, ya que la demora implica un agravamiento del daño.

#### **6. Reconocer a la niña como sujeto de derecho: activo, participativo y con capacidad de comprensión**

Considerar a la niña **un sujeto activo y participativo**, con capacidad para comprender la información vinculada a su entorno y realidad. Es central respetar el equilibrio entre la exigencia de un consentimiento informado y la necesidad de **adecuar esa información a su nivel cognitivo y emocional**, evitando trasladar cargas atribuyendo responsabilidades improcedentes para la edad, grado de desarrollo psicoemocional, impacto en la salud y contexto.

#### **7 Transparencia activa en la información y representación de los efectos futuros**

Es esencial brindar información completa y comprensible sobre las implicancias físicas, emocionales y sociales de la gestación, el parto y la crianza, así como, sobre las alternativas terapéuticas posibles y sus riesgos. Esta representación de los efectos remotos constituye un deber ético orientado al futuro, favoreciendo comprender la complejidad de la situación de manera más cercana a la realidad.

La información tiene que entregarse **aun cuando no sea solicitada explícitamente**, ya que constituye un derecho.

#### **8. Información imparcial, sin moralizaciones**

El equipo de salud no tiene que emitir juicios personales. Su responsabilidad es **proveer información basada en la mejor evidencia disponible**, sobre los riesgos asociados a la gestación, el parto y la maternidad en edades tempranas y las opciones terapéuticas.

Se sugiere la utilización del **Formulario de Consentimiento Informado (FCI) para gestar y parir**, incluido en el Anexo 3 del presente protocolo, como herramienta de apoyo para comunicar información estandarizada y evitar que la calidad de la atención dependa de la subjetividad de los equipos.

#### **9. Indicaciones médicas orientadas al mayor beneficio**

Toda indicación médica tiene que guiarse por el criterio del **mayor beneficio para la salud integral de la niña**. La interrupción del embarazo será presentada y ofrecida como **una alternativa terapéutica legítima y científicamente validada**, en el marco de los derechos reconocidos y según el principio del interés superior.

## Bibliografía consultada:

Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. 2017 UNICEF, autoría: Virginia Berlinerblau.

Álvarez Medina, S (2022): Las opciones y la capacidad de elección, en Revista Telemática de Filosofía y Derecho, N° 25, sección especial XXV aniversario, pp. 275-291.

Álvarez, S., (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. Análisis Filosófico, XXXV, 13-26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=340042261002>

Amnistía Internacional: “El estado de situación de la Interrupción Legal del embarazo y las violaciones a los derechos humanos detrás de los obstáculos al aborto legal. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos”. Disponible: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/10/01-informe-estado-ILE-Mapa-actualizado-2.pdf>

Anzorena, C. (2023): El derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina: obstáculos y desafíos de la política en acto a 18 meses de su implementación (2021-2022), en Revista Salud Colectiva <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4613>

Bazzo Barwinski, SLL (2019): Educación en sexualidad y embarazo infantil en la municipalidad de Curitiba, Brasil. 3ª edición del Diplomado Embarazo y Maternidad Infantil Forzados en América Latina y el Caribe, CLADEM.

Bianco, Mabel y Correa Cecilia (y col.) (2003): La adolescencia en Argentina: sexualidad y pobreza, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) y UNFPA.

Buompadre, J. (2016): “Abusos sexuales” en Código Penal Comentado, de acceso libre en Asociación pensamiento penal: <https://www.pensamientopenal.com.ar/comentadas/43278-arts-119-120-abusos-sexuales-anterior>

Bustelo Graffigna E, (2012): Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. SALUD COLECTIVA. Buenos Aires, 8(3):287-298, Septiembre - Diciembre, 2012.

Casas Isaza (et. al.) Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzada en niñas de 9 – 14 años. *Planned Parenthood. Care. No matter what.*

Chejter, S. e Isla, V. (2018): Abusos sexuales y embarazo forzado hacia niñas, niños y adolescentes. Argentina, América Latina y el Caribe. **Plan ENIA**, UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).

Ciruzzi, S. (2017): Los niños y la capacidad de autodeterminación. El proceso de toma de decisiones en salud, Revista SAGIJ – Año 2017 – N° 2.

Ciruzzi, Susana (2017): “It’s my life: cuando los niños y jóvenes deciden cómo quieren morir”, [https://www.researchgate.net/publication/319609331\\_It's\\_my\\_life\\_Cuando\\_los\\_ninos\\_y\\_los\\_jovenes\\_deciden\\_como\\_quieren\\_morir](https://www.researchgate.net/publication/319609331_It's_my_life_Cuando_los_ninos_y_los_jovenes_deciden_como_quieren_morir)

CLADEM (2016): Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Balance regional: Argentina - Bolivia - Brasil - Colombia - El Salvador - Honduras - México - Nicaragua - Panamá - Paraguay - Perú - Puerto Rico - República Dominicana – Uruguay. Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (ONG), con el apoyo de Sigrid Rausing Trust. Coordinación y Redacción del Informe: Susana Chiarotti.

Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FASGO (2016). Trastorno del ciclo menstrual- Infección por el virus de VPH -Prevención de embarazo adolescente.

CoNDERS (Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales): LA ADOLESCENCIA: SUS DERECHOS Y SUS PRÁCTICAS DE SEXUALIDAD SALUDABLE. Brener, Alejandra y Ramos, Gabriela (autoras) – 1ª. 2008, Edición. Buenos Aires.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDEAW). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, Recomendación N° 35 (2017): sobre la violencia por la razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general N° 19 (año 1992).

Convención sobre los derechos del niño 1989 (CDN) ed. Junio 2006, UNICEF comité español, imprenta Nuevo Siglo, Madrid.

Convención sobre los derechos del niño y sus tres protocolos facultativos. Dirección editorial: Manuela Thourte, nov. 2014, Impreso en Argentina.

Convención sobre los derechos del niño. (2009) Observación general N° 12: El derecho del niño a ser escuchado en todo proceso que lo involucre, art. 12 CDN.

Convención sobre los Derechos del Niño. (2013) observación Gral. N° 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), Naciones Unidas, mayo 2013.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso María y otros vs. Argentina, sentencia 22 de agosto 2023, (Fondo, Reparaciones y Costas).

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Opinión consultiva OC-17/2002, solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Condición jurídica y derecho humanos del niño.

De Giovani, F. (2019): Rol de los protocolos de interrupción legal del embarazo en la maternidad infantil forzada en Argentina, 3ª edición del Diplomado Embarazo y Maternidad Infantil Forzados en América Latina y el Caribe, CLADEM.

Defensoría del Pueblo. Colombia. Protocolo para la orientación psicojurídica a mujeres, niñas y niños víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno. Fondo de Justicia Transicional (FJT), Programas Promoción de la Convivencia y Fortalecimiento de la Justicia 2010.

Deza, S. (2018): Autonomía progresiva y aborto permitido por la ley con enfoque de género en salud, Capítulo 8: "El Código Civil y Comercial y su incidencia en el Derecho Penal". Eugenio Zaffaroni y Marisa Herrera (Dir.).

Deza, S. (2019): Aborto legal: derecho, deberes y delito. La Ley 20/02/2020. Disponible en: [https://mujeresxmujeres.org.ar/wpcontent/uploads/2017/03/Aborto\\_legal\\_derecho\\_deberes\\_y\\_delito.pdf](https://mujeresxmujeres.org.ar/wpcontent/uploads/2017/03/Aborto_legal_derecho_deberes_y_delito.pdf)

Deza, S. y Álvarez, A. (2019): Consentimiento informado para gestar y parir: una obligación médica desatendida en la niña, DFyP 2019 (septiembre), 150.

Disposición 2078/2017. "Aspectos bioéticos en la atención de la salud de niños, niñas y adolescente en la provincia de Neuquén". Red de Comités de Bioética Asistencial. Dirección de Bioética. Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

Electra González A. 1a, Temístocles Molina G (2007): Características de la maternidad adolescente de madres e hijas, en Revista chilena de obstetricia y ginecología, pp. 374-382.

Escalante de Haro, J. (2019): Principales causas del embarazo antes de los 15 años y sus implicaciones en la políticas públicas en México, 3ª edición del Diplomado Embarazo y Maternidad Infantil Forzados en América Latina y el Caribe, CLADEM.

Fama, MV, (2017): El consentimiento informado de las personas menores de edad. Abogada. Especialista en Derecho de Familia. Adjunta regular de la Facultad de Derecho de la UBA. Jueza del Poder Judicial de la Nación. Disponible en línea. <https://salud.gob.ar/dels/autores/fama-maria-victoria>

Fernández, A.M (2024): ¿Qué es ser niñx? Bases de sustentación de los abordajes socio-jurídicos y las articulaciones intersectoriales para la ¿protección? de sus derechos, en Revista Pensamiento Penal (ISSN 1853-4554), Abril de 2024, No. 501.

Furlotti Moretti, (2019): El daño resarcible en el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, en Revista IUS, vol. 14, n°46, pp. 9-29.

Gogna, M y Binstock, G. (2020): Embarazos forzados: ser madre antes de los quince, Revista Debate, pp. 191-202.

Gracia, D. et. al. (2001): “Toma de decisiones en el paciente menor de edad”, Bioética para clínicos, en Revista Medicina clínica, vol. 117. N° 5, 2001 (pp. 179-190).

Gracia, D. y Júdez, J. (2004): Ética en la práctica clínica, Colección Humanidades Médicas, N° 13, 1ª ed. Triacastela, Madrid.

Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos (2013). Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso. UNICEF [www.proteccióninfancia.org.ar](http://www.proteccióninfancia.org.ar)

Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as, adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso (2013). JUFEJUS – ADC/Asociación por los derechos civiles – UNICEF (2013).

Hasicic, C. (2008). Los hijos de la infancia: Representaciones sobre la maternidad de adolescentes en sectores populares. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.6130/ev.6130.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6130/ev.6130.pdf)

Hernanz, M. (2000) Problemas éticos en el trabajo con niños y adolescentes, <http://www.svnp.es/web/es/pediatras/documentos-de-pediatria/problemas-eticos-en-el-trabajo-con-ninos-y-adolescentes>

Herrera, Marisa (2019): Autonomía progresiva de niñxs y adolescentes y bioética: Una intersección en (de/re)construcción; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Derecho. Departamento de Publicaciones; Pensar en Derecho; 14; 9-2019; 39-58

Infancias, juego y género. Herramientas para trabajo en territorio. Colección Promoción de derechos, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Gestión y Desarrollo Institucional 2021 (SENAF).

Informe Anual de Actividades. Argentina 2017. UNICEF.

Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará (2016), Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), Organización de los Estados Americanos (OEA).

Informe Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes (2013). Este informe fue producido por la División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Principal investigadora y autora: Dra. Nancy Williamson, PhD.

Ley 27455, Modificación Del Código Penal De La Nación Argentina Sobre Acciones Dependientes De Instancia Privada. Disponible en Infoleg: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=315663>

López Alfonsín M. y Salerno, L: Las responsabilidades internacionales del Estado frente a las violaciones a los derechos humanos detrás de los obstáculos a la interrupción legal del embarazo, en Revista Pensar en Derecho, UBA, disponible: <https://www.derecho.uba.ar/publicaciones/pensar-en-derecho/revistas/16/la-responsabilidad-internacional-del-estado-frente-a-las-violaciones-a-los-derechos-humanos.pdf>

Lorda, S. (2014). "Madurez, capacidad y autonomía", en Eidon, Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud, n° 41, junio 2014, Madrid.

Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. Revista Argentina de Sociología, 4(7), 100-119.

Ministerio de Desarrollo Social, (2022). Indicadores de niñez y adolescencia. Fecundidad adolescente. Argentina 2019. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. (Consultado 09 de septiembre 2024). Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf\\_dngdi-indicadores\\_nna-fecundidad\\_adolescente-arg2019\\_25\\_abr\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-fecundidad_adolescente-arg2019_25_abr_2022.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación (2020): Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. MSN con la colaboración de UNICEF, 1ª ed. Consultora y desarrollo de contenidos: Analía Messina (y col.)

Niñas y Adolescentes menores de 15 años embarazadas, Abordajes institucionales desde el sistema de salud y su articulación con educación, justicia y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes en localidades seleccionadas de Salta, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, con el apoyo de UNICEF Argentina, OPS/OMS, y UNFPA Argentina, MSN.

Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida, Ecuador, 2007.

Organización Naciones Unidas, 2017. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer. Actualiza la recomendación general N° 19.

Plan ENIA. El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción, Documento técnico N° 5, mayo 2019. Elaborado por la Dra. Mónica Gogna (CONICET-Instituto interdisciplinario de Estudios de Género, UBA).

Plan nacional de prevención del embarazo no intencional (2018, ENIA). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. Ministerio de Justicia y

Derechos Humanos; Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Salud y Desarrollo Social, con el apoyo de UNICEF. Dirigido por Silvia Chejter, 1ª. ed. Octubre 2018, Consultora de contenido: Silvia Chejter, consultora Unicef con la colaboración de Valeria Isla (y col.).

Protocolo para la atención de usuarias y víctimas en los Centros de Justicia para las Mujeres en México (2012). Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública Centro Nacional de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. Primera edición: México, 2012.

Protocolo Provincial de Intervención abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes (ASCNNA), Poder judicial de Neuquén y otros organismos provinciales, 2023.

Ramos Pozón, S. y Robles del Olmo, B. (2020). Una propuesta conceptual del criterio del mejor interés, en Revista Bioética y Derecho, 49: 7-23. Universidad de Barcelona.

Recomendación General del comité de expertas del MESECVI - OEA (N° 3, 2021). La figura del consentimiento de violencia sexual contra las mujeres por razones de género, (mecanismo de seguimiento de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer, Belém do Pará).

Riaño Galán y del Río Pastoriza, (2022). Aspectos bioéticos en la atención al adolescente, en Revista Pediatría Integral 2022; XXVI (4): 236–243.

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: contribuciones de la antropología médica crítica / Rubén Muñoz Martínez; Paola María Sesia. - 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Serie de herramientas para la intervención (2023, cuadernillos 6). Niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos. **-1:** Estrategias de abordaje integral. Dimensiones claves. Autora: Alejandra López Gómez. **-2:** Circuito de intervención. Autores: Raquel Matkoski (y col.) **-3:** Responsabilidades legales e institucionales de los equipos de salud. Autora: Soledad Deza. **-4:** Rol de la persona adulta protectora. Autoras: Nélide Sisini y Sandra de Luca. **-5:** La entrevista. Apertura del proceso de consejería y entrevista psicológica en el espacio de la consejería pre y posaborto. Autora: Alicia Ganduglia. **-6:** Profesionales de la salud. Relatos de experiencias. AA.VV. UNFAP – MSN – Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Silva Pereira, Teresa (y col.) (2010). Embarazos en niñas y adolescentes, en Revista Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo, Subcomisión de Ética Clínica. Arch. Argent. Pediatr. 2010; 108(6): 562-565

Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de Buenos Aires (SOGIBA) 2019 Consenso embarazo adolescente. Se describen los riesgos conocidos en embarazos tempranos Disponible: <https://www.sogiba.org.ar/index.php/publicaciones/protocolos-y-consensos>

Solbakk JH, 2011. Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? Revista Redbioética/UNESCO, Año 2, 1(3), 89-101, Enero-junio 2011, ISSN 2077-9445.

Távora Orozco, Luis (2023). Aspectos bioéticos del aborto terapéutico en niñas y adolescentes menores de 15 años. Revista Perú ginecología y obstetricia. 023; 69(2). DOI: 0.31403/rpgo.v69i2515

UNICEF, 2018. Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Año 2018. (Consultado 09 de septiembre

2024). Disponible en: [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/Salud\\_PoblacionAdolescenteDEIS\\_0.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/Salud_PoblacionAdolescenteDEIS_0.pdf)

UNICEF, 2019. Acceso a la justicia en caso de embarazos forzados en Niñas y Adolescentes menores de 15 años. Documento técnico N°6. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. Presidencia de la Nación. (Consultado 09 de septiembre 2024). <https://www.unicef.org/argentina/media/7211/file/Acceso%20a%20la%20Justicia.pdf>

Villalba, P. G (2023): Un fallo. Una niña víctima de abuso sexual y una mirada interna al proceso penal, en SAJJ, [www.saij.gob.ar](http://www.saij.gob.ar) Id SAJJ: DACF230031.

## ANEXO 1

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES Y PERSONAS CON CAPACIDAD DE GESTAR DE 10 a 13 AÑOS EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN**

**Tabla 5. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años según establecimiento de nacimiento. Neuquén. Período 2004-2022. n=141.**

Establecimiento	Edad		Total	Porcentaje
	12	13		
Establecimiento Público	17	91	108	<b>76,60</b>
Establecimiento Privado,Obra social etc.	1	28	29	<b>20,57</b>
Otro Lugar (vía pública, transportes,etc)	1		1	<b>0,71</b>
Vivienda (domicilio) particular	1	2	3	<b>2,13</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>121</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

**Tabla 6. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años según forma de terminación y tipo de establecimiento. Neuquén. Período 2004-2022. n=141.**

Terminación	Establecimiento						Total
	Público	%	Privado	%	Otro Lugar	%	
Cesárea electiva	16	14,81	12	<b>41,38</b>	0	0	28
Cesárea intraparto	13	12,04	9	<b>31,03</b>	0	0	22
Espontáneo	77	<b>71,30</b>	8	27,59	4	100	87
Fórceps bajo	1	0,93	0	0	0	0	1
Ventosa	1	0,93	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>141</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

**Tabla 7. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 13 años según domicilio de residencia. Neuquén. Período 2004-2022. n= 141.**

Zona Residencia	Edad		Total	Porcentaje
	12	13		
Zona I	1	16	17	<b>12,06</b>
Zona II	4	18	22	<b>15,60</b>
Zona III	3	12	15	<b>10,64</b>
Zona IV	1	12	13	<b>9,22</b>
Zona V	1	19	20	<b>14,18</b>
Zona Metro	9	44	53	<b>37,59</b>
Otras Provincias	1		1	<b>0,71</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>121</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

**Tabla 8. Nacidos vivos de personas con capacidad de gestar de 10 a 14 años según Zona Sanitaria de residencia y Zona Sanitaria de ocurrencia. Neuquén. Período 2004-2022. n=141.**

Zona Residencia	Zona de Ocurrencia del parto												Total
	Zona I	%	Zona II	%	Zona III	%	Zona IV	%	Zona V	%	ZonaMet	%	
Zona I	9	<b>52,94</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	8	47,06	17
Zona II	0	0,00	22	<b>100</b>	0	0	0	0	0	0	0	0,00	22
Zona III	0	0,00	0	0	14	<b>93,33</b>	0	0	0	0	1	6,67	15
Zona IV	0	0,00	2	15,38	0	0	11	<b>84,62</b>	0	0	0	0,00	13
Zona V	1	5,00	0	0	0	0	0	0	13	<b>65</b>	6	30,00	20
Zona Metro	1	1,89	0	0	0	0	0	0	0	0	52	<b>98,11</b>	53
Otras Pcias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100,00	1
<b>Total</b>	<b>11</b>		<b>24</b>		<b>14</b>		<b>11</b>		<b>13</b>		<b>68</b>		<b>141</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística, Dirección de Información Sanitaria, Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén.

## ANEXO 2

### Formulario de registro para el proceso de consentimiento/rechazo informado para la gestación, parto y puerperio para personas de 13 años o menos y su representante legal y/o referente afectivo.

#### A) Hoja de información

##### Información general

La información contenida en estas hojas es para explicar qué produce un embarazo en el cuerpo y puedas hacer todas las preguntas que necesites. Es tu derecho tener información clara, detallada y entendible para saber qué significa continuar o no con el embarazo.

##### ¿Qué es y qué produce un embarazo en el cuerpo?

Un embarazo es un proceso de crecimiento en el cuerpo para que se forme y crezca primero el embrión (hasta las 8 semanas) y luego el feto. Por eso no hay un bebé desde el principio, sino que son células que van creciendo y adquiriendo formas específicas.

Se producen cambios visibles: Se agrandan los pechos, el vientre y las caderas de la persona embarazada. También se producen cambios en muchas otras partes del cuerpo, en el ánimo, el sueño, el hambre y otras sensaciones que afectan la salud mental. En resumen, el embarazo es un proceso orgánico invasivo y de posible riesgo.

##### ¿Cuáles son los efectos y riesgos de la gestación, en la salud y la vida?

Todo embarazo y parto tienen riesgos para la salud y la vida tanto de la persona embarazada como para el feto en gestación. Está científicamente probado que las personas adolescentes y más aún las personas menores de 13 años tienen mayor riesgo de complicaciones y muerte durante la gestación y el parto, así como el feto en gestación también. Esto se debe a que ocurre en un cuerpo aun no totalmente desarrollado y preparado para una gestación. Además, si tuvieras una enfermedad previa, ésta puede agravarse y complicar tu estado de salud.

A continuación, se detallan las complicaciones y riesgos más frecuentes y graves:

**Riesgos físicos** para la persona gestante: sangrados por la vagina; infecciones; enfermedades relacionadas a la presión arterial alta, como ocurre con la preeclampsia (es una alteración de la presión arterial que puede afectar el hígado, los riñones, la placenta, el cerebro y otros órganos de la persona embarazada), entre otras.

**Riesgos para la salud mental:** por los cambios hormonales y por la responsabilidad que trae un embarazo se puede producir depresión (sensación de pérdida, de tristeza, etc.) y ansiedad (preocupación, no saber qué hacer, sensación de no poder hacerse cargo de las obligaciones, etc.) tanto durante el embarazo como después del parto cuando aparecen todos los cuidados que requiere el bebé, su alimentación y la crianza.

**Riesgos sociales:** las personas que tienen hijxs mientras todavía van a la escuela tienen menores probabilidades de terminarla y de seguir estudiando para tener mejores trabajos, es más probable que tengan que trabajar en tareas con bajo salario. A la vez, aparece la dificultad de poder combinar las responsabilidades de cuidado y crianza, con los horarios laborales y/o con el estudio. No terminar la escuela limita el acceso a mejores trabajos y afecta las condiciones y posibilidades de una buena calidad de vida.

**Riesgos para el feto:** en los embarazos en niñas es altamente probable que el parto se adelante (lo que se conoce como parto prematuro), al nacer antes de tiempo, el bebé puede tener bajo peso y eso condiciona su vida fuera del vientre aumentando el riesgo de que muera en el primer año de vida; malformaciones de distintos órganos; entre otras.

El embarazo, parto o cesárea en la vida de una niña es un riesgo para su salud y su vida. Dado este riesgo científicamente conocido, **abortar o interrumpir la gestación es una alternativa de tratamiento médicamente recomendable porque conlleva un riesgo mucho menor para la salud y para la vida, es legal, es un derecho y está disponible.**

**¿Qué significa que se trata de un “embarazo de riesgo”?**

Como ya mencionamos, continuar una gestación, parto y puerperio en niñas, tiene mayores riesgos para su salud y su vida, y la del feto en gestación que los que se presentan en personas con más edad, debido a que todos los cambios anteriormente mencionados ocurren en un cuerpo aun no totalmente desarrollado y preparado para una gestación. Por este motivo siempre se lo califica como “embarazo de alto riesgo” que implica más controles sobre la niña embarazada, la gestación y los cuidados posparto.

**¿En qué consisten el seguimiento y los cuidados de salud durante la gestación, parto y puerperio?**

Continuar con el embarazo implicará obligaciones como sacar turno y venir al consultorio periódicamente para los controles. Estos controles médicos sirven para encontrar tempranamente posibles riesgos y complicaciones y, entonces atenderlos. En cada control se harán preguntas sobre su estado de salud en general; se controlará peso, talla, presión arterial, la altura del vientre, los latidos fetales, la alimentación y las vacunas. También se harán estudios de sangre, orina y vaginales para conocer la presencia o ausencia de enfermedades que puedan complicar su salud o la del feto en gestación y ecografías para evaluar cómo crece y se desarrolla el feto. Cuando se aproxime la fecha probable de parto, será posible planificar si el parto será por vía vaginal o por cesárea según las condiciones de tu salud y las del feto. Tanto el parto como la cesárea tienen sus riesgos y complicaciones y serán explicadas para su comprensión cuando se aproxime el momento.

**Si hay algo que quieras saber sobre el parto ahora, no dudes en preguntar.**

### **¿Qué alternativas existen?**

Porque el embarazo es un proceso orgánico invasivo y de riesgo para la salud de quienes gestan, las alternativas son:

- 1) Continuar la gestación, sabiendo los riesgos que provoca y conociendo que de acuerdo a la evolución y acercándose la fecha probable de parto, se planificará si el parto será por vía vaginal o por cesárea.
- 2) Interrumpir la gestación, lo que se conoce como interrupción legal del embarazo (ILE).

En Argentina, la interrupción del embarazo o aborto está permitida por la Ley 27.610. La interrupción es una opción tanto si el embarazo fue producto de una relación sexual querida (consentida) como no querida (no consentida) o producto de una violación. Existen procedimientos con muy poco riesgo para hacerlo. En ese caso, explicaremos detalladamente los procedimientos e iniciaremos otro proceso de Consentimiento Informado para explicarte todo lo que corresponda a esa práctica específica. Es importante que se realiza con el debido acompañamiento y apoyo de alguna persona adulta de tu confianza.

**Formulario de registro para el proceso de consentimiento/rechazo informado para la gestación, parto y puerperio para personas de 13 años o menos y su representante legal y/o referente afectivo**

**B) Hoja y Documento a la firma**

En el día de la fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ he concurrido a la consulta en el Centro de Salud/Hospital \_\_\_\_\_ perteneciente a la localidad de \_\_\_\_\_ de la provincia de Neuquén. Me informaron que estoy cursando embarazo de \_\_\_ semanas de gestación, con fecha de última menstruación (FUM) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . He traído ecografía con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ que informa \_\_\_\_\_.

Me explicaron en qué consisten los controles de salud que debería realizar para cuidar mi salud y mi vida, como así también los riesgos que tengo si continúo la gestación a mi edad de \_\_\_ años. También me han explicado las alternativas de tratamiento que tengo en caso de no querer continuar con el embarazo (ILE), que es legal y que debe ser garantizado por el equipo de salud.

Luego de haber realizado consultas y solicitar la información necesaria, y acompañada por la persona adulta responsable de mí, tomamos la decisión de:

Consentir/Rechazar la continuidad del embarazo (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE).

Firma de la persona paciente

Aclaración:

DNI:

Firma de la persona profesional

Aclaración:

DNI:

Matrícula

Firma de el/la representante legal,

progenitor/a y/o referente afectivo

Aclaración:

DNI:

Vínculo con la niña