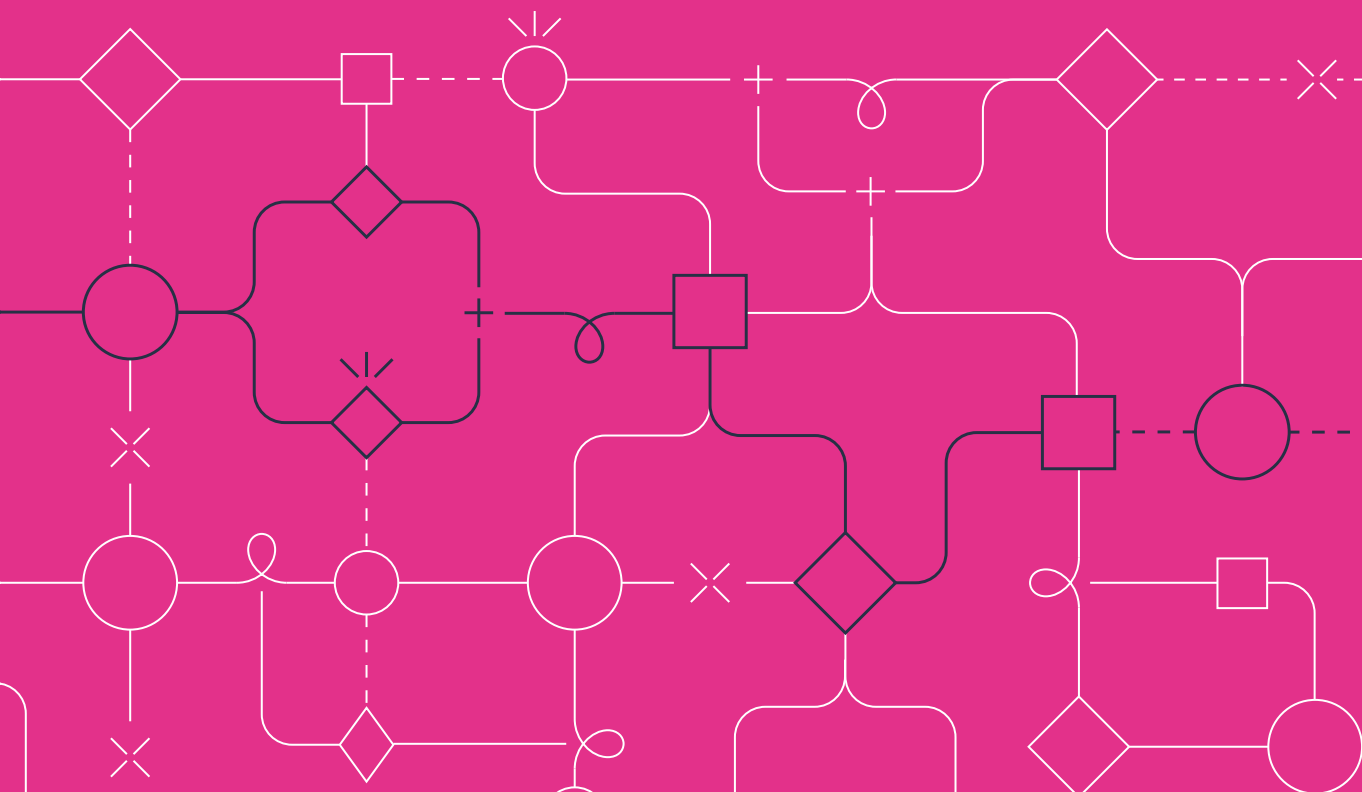


Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas

Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud.



Autoridades

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Marcelo Daniel Bellone

Director de Adolescencias y Juventudes

Juan Carlos Escobar

Autoridades UNICEF Argentina

Representante UNICEF Argentina

Luisa Brumana

Representante Adjunta UNICEF Argentina

Olga Isaza

Especialista en Salud UNICEF Argentina

Fernando Zingman

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas

Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud.

Ministerio de Salud de la Nación
Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas : hoja de ruta : herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud / 3a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación ; UNICEF, 2021. 56 p. ; 24 x 18 cm.

ISBN 978-950-38-0294-6

1. Acceso a la Salud. I. Título.
CDD 362.7086

Consultora y desarrollo de contenidos:

Analía Messina

Coordinación general:

Juan Carlos Escobar, Victoria Keller, María Inés Pérez (DIAJU – MS)

Revisión editorial UNICEF:

Fernando Zingman, Diva Janneth Moreno

Revisores:

Eugenia Soubies, Matías Muñoz, Anabella Pecheny y Fátima Monti (DIAJU – MS); María Julia Cueto, Ingrid De Marco y Josefina Pino (Área Obstetricia Dirección de Salud Perinatal y Niñez- MS); Stella Sappa, Romina Castellani y Ofelia Musacchio (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - MS); Alejandra Gaiano (Dirección de respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis - MS); Silvina Ramos, Tamar Finzi (Plan ENIA); Dra. Diana Pasqualini; Carina Facchini (CESAC 41); Mirta Marina, Jeremías Lamas y Jesica Croce (Programa Educación Sexual Integral – Ministerio de Educación); Héctor Vito, Patricia Molina y Claudia Rodríguez (SENAF); Sonia Ariza Navarrete, Celeste Leonardi, Fiorentina Cavaro, Josefina Sannen Mazzucco (Cuerpo de abogadas y abogados para víctimas de violencia de género - Ministerio de Justicia y DDHH); Adriana Donato, Daniela Muro y Mara Raquel Teodori (DNRUA- Ministerio de Justicia y DDHH); Sabrina Viola (UNICEF); Virginia Alma Camacho, Mariana Isasi y Sol

East (UNFPA); Nina Zamberlin (IPPF); Mara Martínez Monteagudo (Hospital Interzonal de Agudos Evita); Silvia Fernández (Maternidad R. Sardá); Silvia Oizerovich, Marisa Labovsky y Gabriela Perrotta (SAGIJ); Liliana Ensisa (Programa Adolescencia Chaco); Claudia Castro (Programa Salud Sexual Jujuy); Eleonora Sacco (consultora Programa Adolescencia Chaco); Fabiana Reina (Hospital N. Avellaneda Tucumán).

Agradecimientos:

A Diana Fariña; a las y los participantes de los encuentros de expertas/os llevados a cabo en los meses de Noviembre de 2018 y Marzo de 2019: Cristina Cipolla, Gabriela Méndez Pinto y Valeria Peralta (Dirección de Salud Perinatal y Niñez-MS); Marianela Meneghetti y Lucía Perisse (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - MS); Norma Miño (Programa Salud Sexual Misiones); Silvina García Conto (Ministerio de Justicia y DDHH); Luciana Lirman (UNICEF); Milva Carlino y Paula Paz (consultoras Programa Adolescencia Misiones y Jujuy); Verónica Belza, Fernanda Guerrero y Victoria de Michele (SENAF); Fabiana Isa (UBA); Mónica Gogna (CEDES); Lía Arribas (AMADA); Mariana Vera, Lucía Schiaritti y María Jimena Gallo (Programa de Retención Escolar Alumnas Embarazadas, Madres y Padres – Ministerio de Educación e Innovación CABA); Daniela Giacomazzo, Mailén Pérez Tort, Nahuel Gravano, Carolina Bardelli Da Costa (Colectivo de Juventudes); Eugenia Trumper (FASGO); Mabel Bianco (FEIM); Sandra Vázquez (FUSA AC); Victoria Bertolino (OPS); Paula Real (Servicio de Adolescencia Hospital Argerich CABA) y a todas las personas que participaron de alguna u otra manera en el desarrollo de este material.

Esta edición cuenta con la revisión técnica 2020 de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación.

Diseño: Magdalena Fumagalli

Corrección: Josefina Iotz

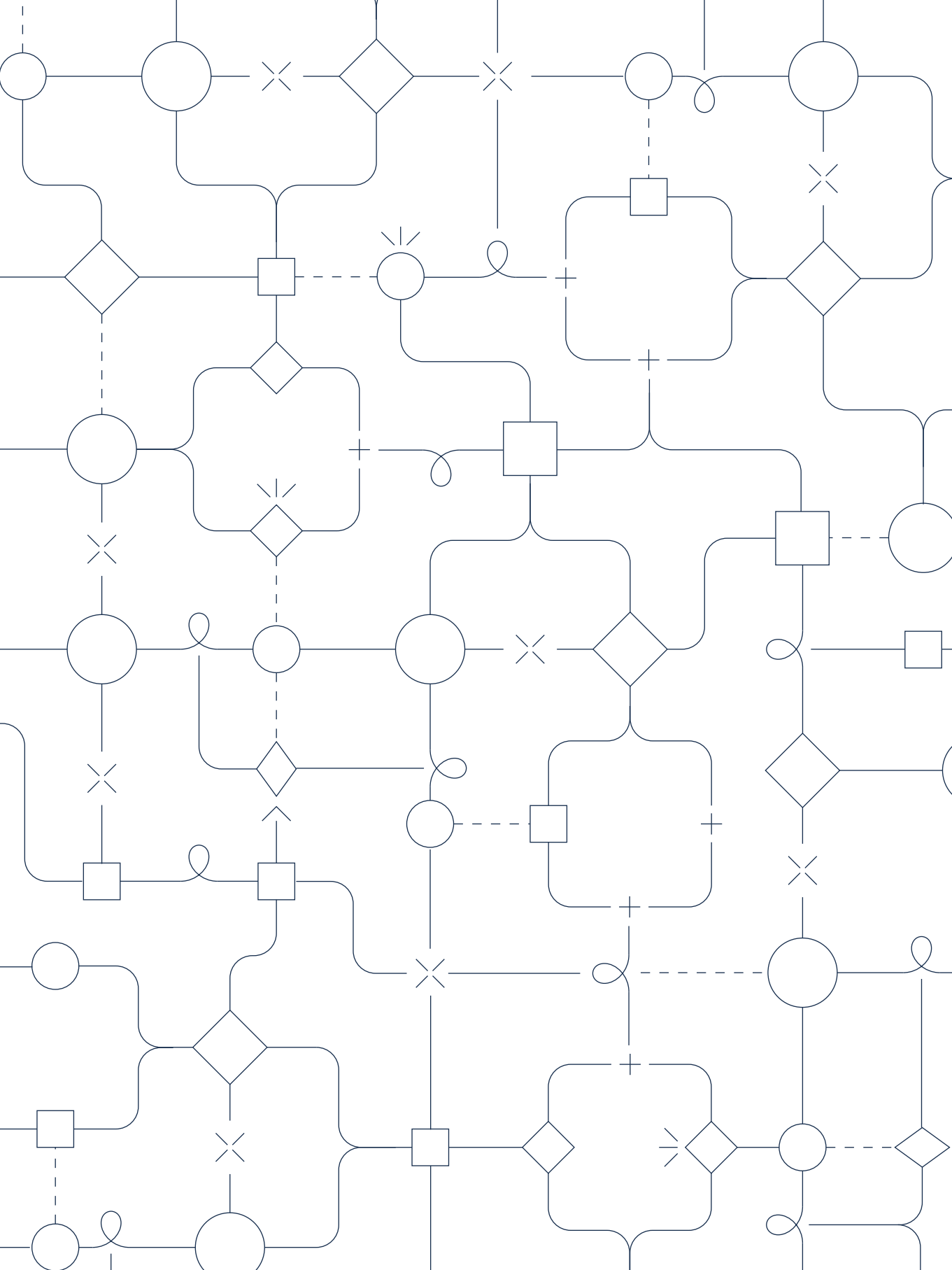
Ministerio de Salud de la Nación - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). - 3ra edición, Buenos Aires, junio de 2021.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Distribución gratuita.

Este documento está dirigido, principalmente, a integrantes de equipos de salud y a los demás organismos del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes¹, tales como docentes, operadores y operadoras de diversos sectores, que tienen la responsabilidad de detectar y asistir a NNyA con capacidad de gestar que están en situación de embarazo.

1. En adelante, NNyA.



Índice

Introducción	06	Resumen de anexos	39
<hr/>		<hr/>	
Marco de derechos consagrados	10	Anexo I. Esquemas sugeridos para procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo	40
<hr/>		Consentimiento Informado. Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo Ley 27.610	46
Fecundidad en niñas y adolescentes en Argentina	14	<hr/>	
<hr/>		Anexo II. Control prenatal	48
Hoja de ruta	18	<hr/>	
<hr/>		Anexo III. Atención del nacimiento y del puerperio	52
Resumen de la hoja de ruta	19	<hr/>	
<hr/>		Referencias bibliográficas	54
Hoja de ruta	20	<hr/>	
1. Detección, primera aproximación al Servicio de Salud	20	Guías, protocolos y otros documentos oficiales	55
2. Consejería en Derechos	28	<hr/>	
3. Consejería y Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico (AIPE)	34		
4. Seguimiento integral	36		
<hr/>			

Introducción

La inversión en salud adolescente trae consigo un triple beneficio: para el presente de los/as adolescentes, para sus vidas adultas, y para la próxima generación. Su salud y bienestar son el motor de cambio en el camino de crear comunidades más saludables y sustentables.

Guía AA-HA! - OMS, 2017.

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

Andrea Testa en “Las niñas madres”, de Miriam Maidana, Revista Anfibia

El embarazo en adolescentes menores de 15 años y el abuso y la violencia sexual como su potencial causa, son problemas de salud pública y de derechos humanos que generan graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales.

Trazar una ruta de atención para la recepción y asistencia de los embarazos en niñas y adolescentes² menores de 15 años y lograr que quienes estén en contacto con esta población brinden una asistencia atenta, respetuosa y libre de prejuicios es una condición necesaria para garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSS y DRR) consagrados por la Constitución Nacional y los Tratados de DDHH.

En esta ruta se proponen lineamientos para facilitar los aspectos asistenciales, la adecuación de escenarios y los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad, integral, humanizada y respetuosa de los derechos de las NyA. La atención de estas en el sistema de salud requiere un abordaje diferenciado y específico, atento a sus particularidades y necesidades.

2. En adelante, NyA.

Desde la perspectiva sociosanitaria, se reconocen diferencias que separan a los y las adolescentes según el rango etario. Resulta adecuado considerar esta etapa de la vida en dos períodos: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Esta diferencia cobra particular relevancia al considerar los determinantes del embarazo: entre las NyA de 10 a 14 años se debe considerar más frecuentemente la presencia de situaciones de abuso y coerción (UNICEF, 2016) y de embarazos y maternidades infantiles forzadas (CLADEM, 2016).

El embarazo en este grupo se inscribe entre los más complejos, ya que expresa y conjuga aspectos psicosociales, de género, de justicia y de derechos humanos. Se constituye como un indicador crítico de las situaciones de vulnerabilidad en las que las niñas crecen y se desarrollan. Asimismo, los riesgos biomédicos relacionados al embarazo y al parto, en este grupo en particular, son mayores, ya que se han descrito peores resultados materno-neonatales que cuando se trata de mujeres de mayor edad. Las complicaciones maternas debidas al embarazo en la adolescencia incluyen, entre otras, anemia, preeclampsia/eclampsia, enfermedades de transmisión sexual, y parto prematuro. La complicación más común relacionada con el recién nacido es el bajo peso al nacer, debido a la prematuridad o la restricción del crecimiento intrauterino (Conde-Agudelo et al., 2005).

Asimismo, estas NyA embarazadas son más vulnerables a la contaminación por agentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), a la Enfermedad Inflamatoria Pélvica y al VIH; esto se debe a motivos sociales y biológicos. Por un lado, estos embarazos son resultado de ausencia o muy bajo poder de decisión y se dan en circunstancias que están fuera del control o de la comprensión de la niña/adolescente; y por el otro, esas NyA no han completado el desarrollo evolutivo del epitelio protector del tracto genital inferior. Además, cuando existe diferencia de edad entre la niña/adolescente y el varón, hay más probabilidad de que él tenga una ITS y que pueda infectarla (Gómez, Molina, Zamberlin, 2011). Este dato cobra especial relevancia en las niñas embarazadas más jóvenes. La evidencia muestra que mientras más joven es la niña, mayor es la diferencia de edad con el co-gestante (Pantelides, Fernández, Marconi, 2014). A su vez, las adolescentes infectadas con ITS tienen diez veces más probabilidades de contraer el VIH si tienen sexo desprotegido con un hombre infectado (OMS, 2003b).

En el área de la salud mental, se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto, que en general son más altas que las de la población adulta (Beck et al., 1993). Un estudio coordinado por Planned Parenthood Global identifica también situaciones de estrés postraumático e ideación suicida durante el embarazo en las NyA que habían sido atacadas sexualmente (Casas et al., S/A). Asimismo, la revisión realizada por Mendoza y Saldivia (2015) indica que la depresión posparto es más frecuente en madres adolescentes y en las que pertenecen a los niveles socioeconómicos más bajos.

En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado (ONU, 2003/4).

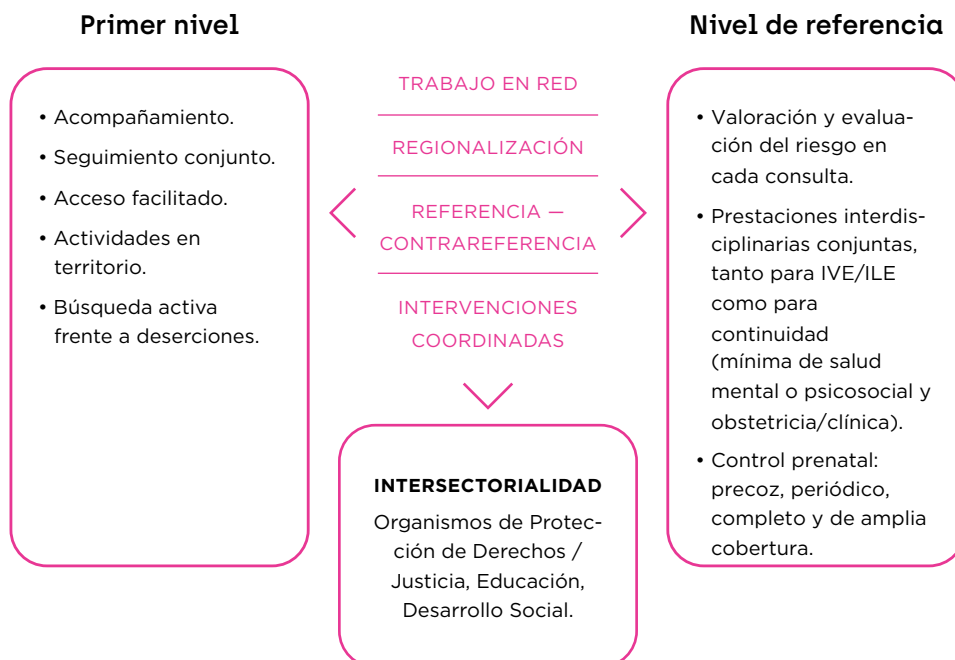
Además de estos riesgos biomédicos y psicológicos, el embarazo como producto de un abuso sexual y la maternidad como consecuencia de un embarazo no deseado, constituyen un daño a la salud integral de NyA. Son circunstancias que se agravan por la edad y madurez mental y social, y comprometen las etapas posteriores del ciclo vital de estas NyA. Asimismo, al verse obligadas a ejercer la maternidad en una situación de privación material y simbólica, aumenta su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia. En este sentido, obligar a una niña/adolescente a llevar a término un embarazo forzado o no deseado es una violación de sus derechos humanos.

Tal como se observa en el esquema, y con la consigna de cumplir con un abordaje integral e integrado, se definen los roles de cada nivel de atención. Así como en la práctica está establecido que las NyA menores de 15 años embarazadas que deseen continuar con su embarazo se clasifican como casos de “alto riesgo obstétrico” y se refieren al segundo o tercer nivel, se sugiere considerar especialmente el alto riesgo psicosocial y en este sentido, los equipos del primer nivel de atención deben estar involucrados. La articulación con los organismos de protección de derechos es fundamental, en caso de requerir medidas de protección integral de derechos.

Se plantea como un objetivo lograr la articulación entre el primer nivel de atención y los niveles de referencia para el abordaje del embarazo adolescente temprano. Se entiende que **esta modalidad asistencial, en la que participan equipos en red, es de vital importancia para la rápida respuesta a NyA que transiten esta circunstancia.**

En conclusión, el sistema de salud debe asumir el compromiso de velar por el interés superior de estas NyA, lo que implica abandonar el paradigma que las re-victimiza sometiéndolas a una maternidad forzada. En cambio, debe ofrecer una consejería integral e informada que las sitúe en el centro de las decisiones sobre sus cuerpos y sus futuros.

Cuadro 1. Articulación entre el primer nivel de atención y el nivel de referencia en NyA menores de 15 años embarazadas.



Marco de derechos consagrados

La Argentina cuenta con un importante marco normativo en materia de derechos de NNYA, que la/os reconoce como sujetos plenos de derechos y ya no como objeto de tutela. Con la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño, en 1990, y su incorporación a la Constitución Nacional, en 1994, la Argentina adquiere el compromiso de adherir al “paradigma de la protección integral de derechos” que se basa en el enfoque de derechos humanos. Este modelo impone el reconocimiento de NNYA como ciudadanos/as con los mismos derechos que todas las demás personas. Esto quiere decir que no se enfoca en actuar sobre los individuos, sino sobre la situación en la que se encuentran, para facilitar su desarrollo autónomo y habilitarles de manera directa el ejercicio de sus derechos. Asimismo, este modelo aplica a la totalidad de NNYA, incluyendo a aquellos/as perteneciente a comunidades originarias; lo que significa que no hay normativa cultural o tradición que pueda estar por encima de este marco legal. Incluso más, esta población está especialmente protegida por el principio de igualdad y no discriminación de la Constitución Nacional.

El cambio de paradigma sobre NNYA exige una mirada que otorgue centralidad a su voluntad, a sus planes y proyectos de vida, que se irán formando de acuerdo con la evolución de su capacidad para discernir. Como sujetos plenos de derechos, adquieren autonomía de forma que, progresivamente, ejerzan sus derechos, de acuerdo a la evolución de sus facultades (Zeledón, 2015).

El principio de autonomía progresiva es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en los que se consolida, de manera progresiva, la capacidad de discernimiento. Es decir, la habilidad para comprender la información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente, tomar decisiones (PNSIA, 2018).

Por ello, el rol que tienen quienes rodean a NNyA es de acompañamiento y guía para que consoliden sus capacidades individuales y para que lleven adelante las decisiones que tomen sobre sus propios asuntos con la información adecuada, oportuna, veraz, científicamente comprobada y expresada en un lenguaje comprensible. Para ayudar en la determinación del grado de consolidación de la autonomía de NNyA, las normas establecen edades en las que no se requiere acompañamiento: se trata de indicaciones y no de límites rígidos para el acceso a derechos (PNSIA, 2018). El Código Civil y Comercial de la Nación establece, en su art. 26, que el/la adolescente es apto/a para decidir por sí mismo/a en cuestiones relacionadas al cuidado de su propio cuerpo, en todas las prácticas sanitarias, ejerciendo la autonomía de acuerdo a su grado de madurez. La Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud señala algunas pautas para guiar a progenitores, profesionales de la salud y/o demás acompañantes en la determinación de esta circunstancia:

- Las niñas menores de 13 años podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos. Estas/os deberán participar, en conjunto con la niña, en la toma de decisiones y deberán firmar ratificando el consentimiento informado de la niña.
- A partir de los 13 años, podrán consentir de manera autónoma, sin acompañamiento, todas las prácticas sanitarias que no pongan en riesgo grave su salud o su vida; esto incluye todos los métodos anticonceptivos reversibles disponibles y la Interrupción del Embarazo en condiciones seguras.
- Se requiere acompañamiento hasta los 16 años para las prácticas que pongan en riesgo grave la salud o la vida de NNyA, a menos que se tratara de prácticas de urgencia y no pudiera obtenerse el consentimiento de forma inmediata.
- Desde los 16 años, la/os adolescentes serán considerado/as personas adultas y totalmente autónomas para la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

Se presenta a continuación un cuadro con el corpus normativo que los equipos asistenciales deben tener presente durante la asistencia a este grupo especial.

Cuadro 2. Corpus normativo para la atención de NNyA.

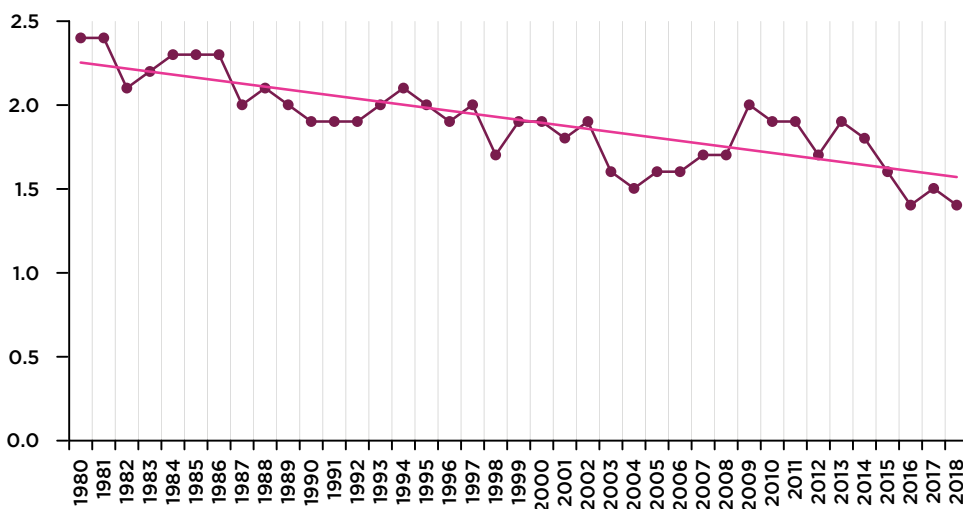
CORPUS NORMATIVO	CONTIENE
Convención de los Derechos del Niño.	Se reconoce a NNyA como sujetos plenos de derechos, e impone deberes especiales a progenitores, al Estado y a la comunidad. No se enfoca en actuar sobre los individuos, sino sobre la situación en que se encuentran, para facilitar su desarrollo autónomo y habilitarles, de manera directa, el ejercicio de sus derechos.
Ley N° 26061 de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.	Presenta el marco general de aplicación local de la Convención de los Derechos del Niño y establece tanto los derechos de NNyA, como las obligaciones que corresponden al Estado para su protección.
Ley N° 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.	Establece el derecho de adolescentes a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como a la anticoncepción.
Ley N° 26150 de Educación Sexual Integral.	Establece la obligación de incorporar, de forma transversal, contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos. Desarrolla el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de NNyA.
Ley N° 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.	Contiene las obligaciones relacionadas con la garantía del derecho de mujeres, niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia. Establece los tipos de violencia posibles. Dentro de ellos, la violencia institucional, que puede ser ejercida dentro del sistema de salud, y la violencia obstétrica, que la pueden sufrir las mujeres y adolescentes durante el embarazo, el parto y el puerperio.
Ley N° 26529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.	Establece la satisfacción prioritaria de los derechos de NNyA (art. 2, inc. a) sin ningún tipo de menoscabo o discriminación y la autonomía en la toma de decisiones.
Ley N° 25929 de Parto Respetado.	Establece los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes referidos al embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

CORPUS NORMATIVO	CONTIENE
Ley N° 29994, Código Civil y Comercial de la Nación.	Especialmente el Libro Primero Título I y Libro Segundo Títulos del IV al VII. El Artículo 664 desarrolla especialmente los casos en los que los NNyA continúan la crianza del recién nacido.
Ley N° 25273 de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior no Universitaria.	Crea un Régimen Especial de Inasistencias Justificadas por razones de gravedad para alumnas que cursen los ciclos mencionados, en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal.
Ley N°25584/02 Nacional de Acciones contra Alumnas	Prohíbe toda acción que impida el inicio o la continuidad escolar a embarazadas.
Embarazadas. Ley Nacional de Educación 26206/06	Las autoridades deben garantizar la permanencia en la escuela durante el embarazo y la maternidad.
Art. 81. Ley N° 27364 Programa de Acompañamiento para el Egreso de	Crea un Programa de Acompañamiento para la/os adolescentes/jóvenes sin cuidados parentales desde los 13 hasta los 21 años de edad. Además de ofrecer un acompañamiento personal, les brinda una asignación económica mensual.
Jóvenes sin Cuidados Parentales. Ley N° 27455, que establece el abuso sexual infantil como un delito de instancia pública.	Reforma lo establecido por la Ley N°26061. Establece acciones dependientes de instancia privada ante algunos delitos. Pero también afirma: “Sin embargo, se procederá de oficio cuando la víctima fuere menor de 18 años de edad o haya sido declarada incapaz”. Por lo cual, el abuso sexual de menores de 18 años es un delito de instancia pública.
Ley 27.610. Ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo	Establece que toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a solicitar una interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

Fecundidad en niñas y adolescentes en Argentina

Durante 2018 hubo en Argentina 685.394 nacimientos, de los cuales 87.118 fueron de niñas y adolescentes menores de 20 años, cifra que representa el 12,9% del total de los nacimientos de ese año. 2350 correspondieron a NyA con menos de 15 años y 84.768 a adolescentes entre 15 y 19 años. La tasa de fecundidad adolescente fue de 1,4 nacidos por cada 1.000 NyA de entre 10 y 14, lo que significa entre 6 y 7 nacimientos diarios.

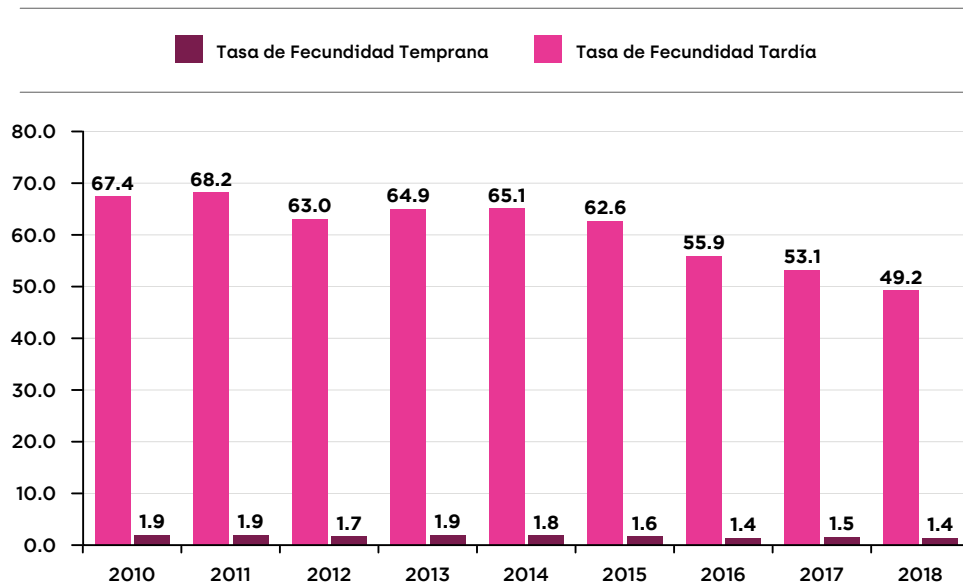
Gráfico 1. Evolución de la tasa de fecundidad temprana (10-14 años), 1980-2018.
Elaboración DIAJU en base a datos DEIS



Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS.

Asimismo, se observa que mientras la tasa de fecundidad ha oscilado entre los 2,5 y 1,4 x 1.000 durante los últimos 30 años, la tasa de fecundidad tardía ha mostrado un creciente descenso desde 2015 hasta 2018.

Gráfico 2. Comparación de la tasa de fecundidad temprana (10-14 años) y tasa de fecundidad tardía (15-19 años), 2010-2018. Elaboración DIAJU en base a datos DEIS.



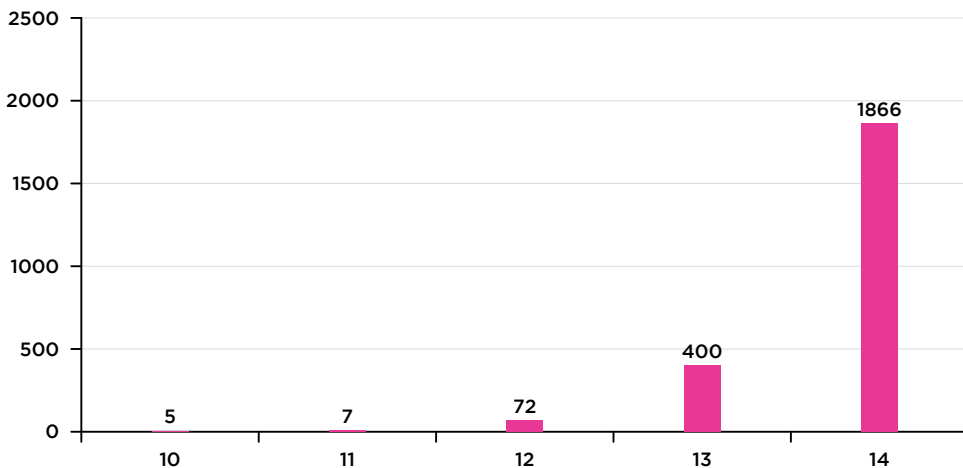
Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS.

Otro de los aspectos críticos de esta problemática es la evidencia de la repetición del embarazo en la adolescencia: de acuerdo a los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), que releva el 80% de las maternidades públicas del país, el 29% de las adolescentes fue madre por segunda o tercera vez antes de los 20 años.³

3. SIP, 2017

Se destaca que la distribución de nacidos vivos en NyA menores de 15 años muestra que la mayoría de los nacimientos se concentran en los 14 años.

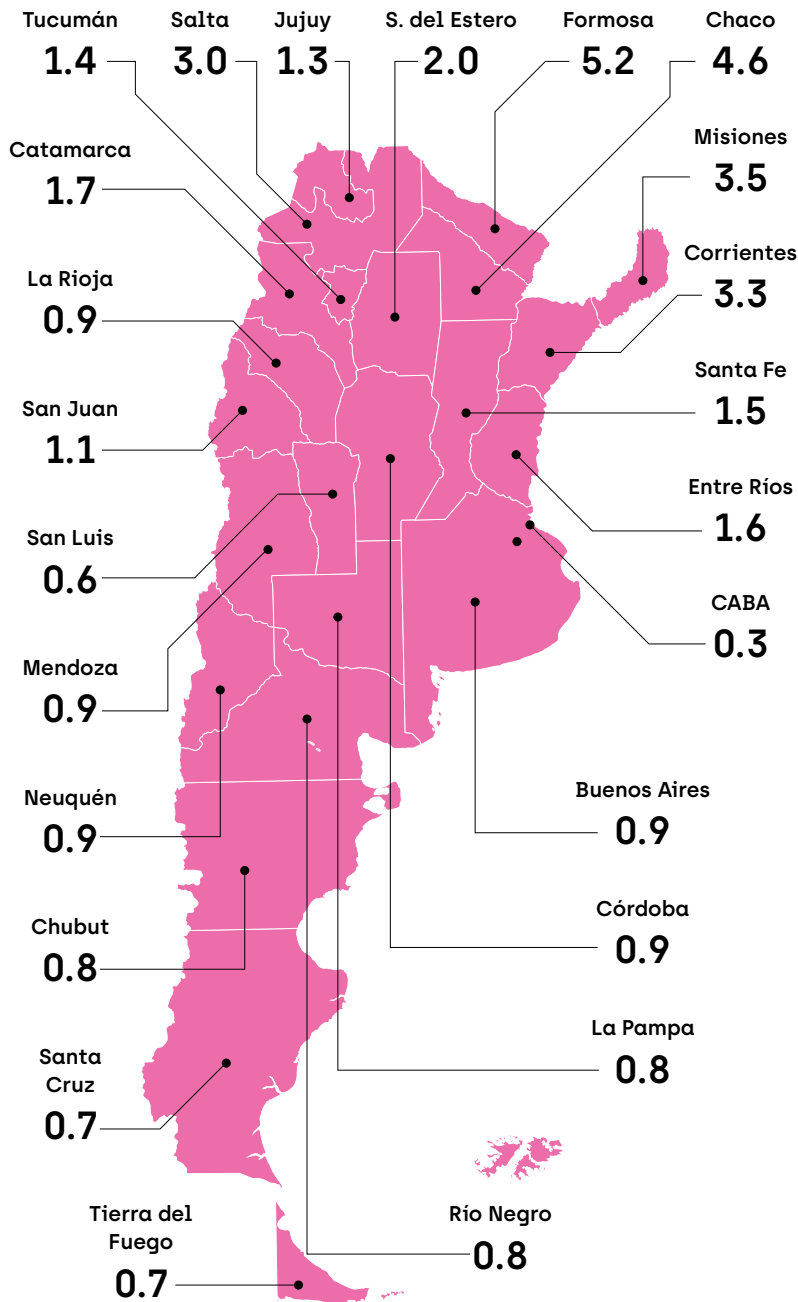
Gráfico 3. Cantidad de nacidos vivos por edad de la niña/adolescente. Total país, 2018. Elaboración DIAJU en base a datos DEIS



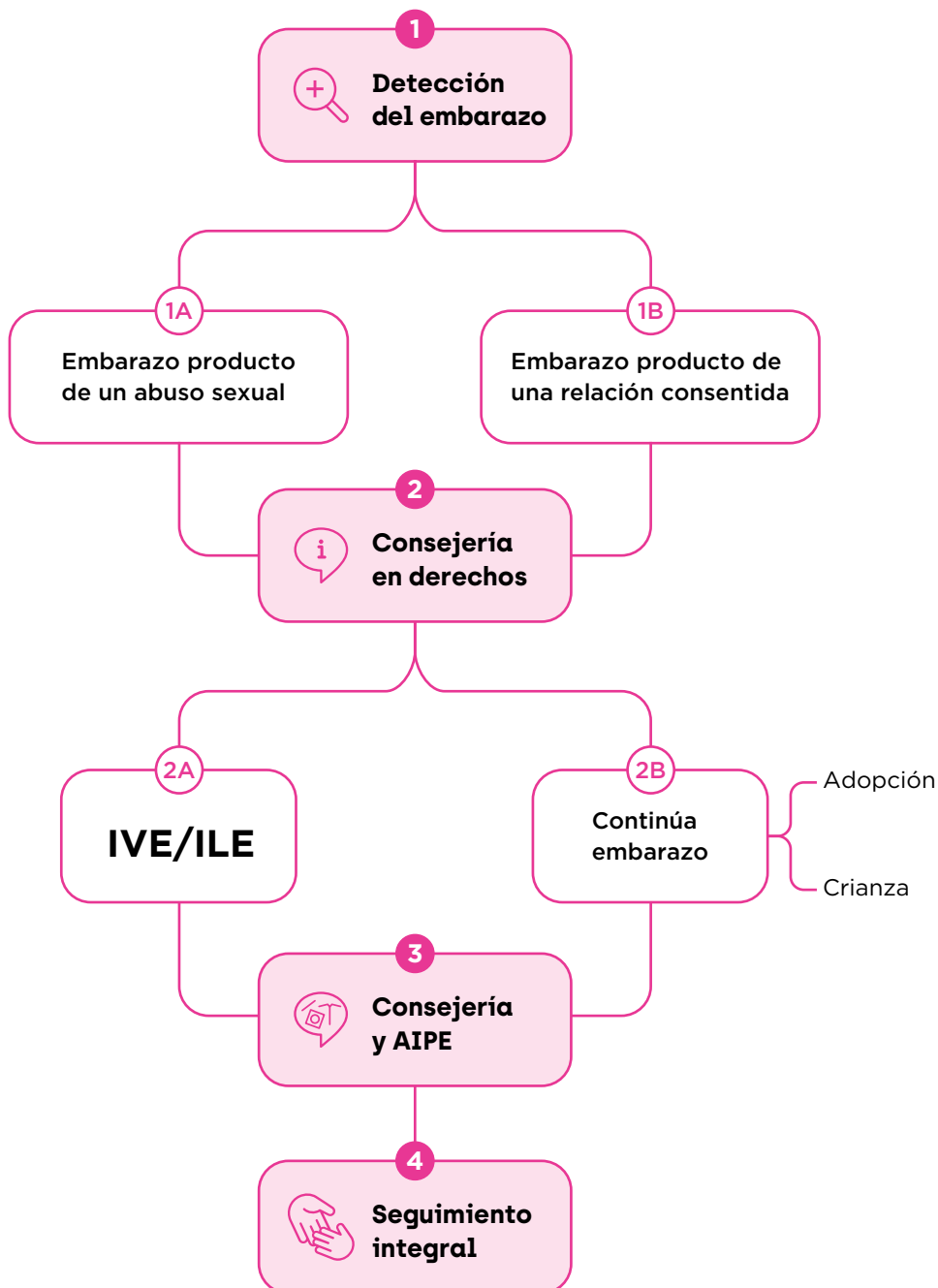
Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS.

Por último, como se observa en la figura 1, las provincias del NEA son las que tienen las tasas de fecundidad temprana de NyA más altas del país.

Figura 1. Tasa de fecundidad temprana según provincia, 2018.
Elaboración DIAJU en base a datos DEIS



Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta



Resumen de hoja de ruta

	CONSIDERAR	OFRECER
1. Detección del embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Edad del/de la NNyA• Edad gestacional.• Presencia de violencia sexual.• Red de contención familiar/comunitaria.	<ul style="list-style-type: none">• Admisión inmediata – URGENCIA.• Atención integral y escucha empática. Equipo interdisciplinario.• Realización de examen clínico e ITS.• Activación de notificaciones dentro del Sector Salud (Ref./Contra-Referencia entre Niveles de atención).• Comunicación a Oficinas de Protección de derechos de NNyA y denuncia en casos de abuso sexual.• Consejería en derechos.
2. Consejería en derechos	<p>Interrupción del Embarazo</p> <p>Continúa el embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none">• Según edad gestacional y consideración de cada situación, asesoramiento, información y consentimiento informado (propuesta en Anexo):<ul style="list-style-type: none">– Procedimiento farmacológico.– Procedimiento instrumental.• Determinar la necesidad de preservar muestras de tejido para estudio de ADN.• Consejería en MAC (de preferencia de larga duración).• Deseo/ posibilidad de crianza.• Adopción.• Consejería en MAC durante control prenatal (de preferencia de larga duración).
3. Consejería y anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPE)	<ul style="list-style-type: none">• Decisión informada de NyA como proceso.• Factores de riesgo y factores protectivos del regreso al hogar.• Autonomía y consentimiento en el ejercicio de su sexualidad.	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar consejería e implementación inmediata, atendiendo a la decisión y situación particular de cada niña/adolescente.• Seguimiento para adopción/adherencia a MAC se realiza en el primer nivel de atención.
4. Seguimiento integral	<ul style="list-style-type: none">• Entorno social y familiar.• Red de contención y apoyo para continuar el seguimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Articular con educación es el primer factor protector.• Seguimiento de equipo integral, con atención psicosocial.• Continuidad del tratamiento de salud mental en las situaciones de violencia.

Hoja de ruta

1. Detección, primera aproximación al Servicio de Salud

La detección del embarazo constituye un punto crítico ya que suele ser tardío, por motivos de desconocimiento que la NyA tienen de su cuerpo y sus procesos, o negación u ocultamiento del embarazo mismo. En algunas situaciones, en especial cuando existe abuso intrafamiliar, ni la adolescente, ni su entorno tienen conciencia real de la presencia del embarazo hasta la concreción del parto. Por este motivo, la detección puede ser accidental y ocurrir dentro de la escuela, en un centro comunitario, en una consulta médica -clínica, pediátrica, ginecológica- o en otros servicios a los que la niña o adolescente asiste. En otros casos, es la niña o adolescente quien plantea la situación de embarazo en forma directa, en general, acompañada por su madre o algún otro adulto.

Una adolescente menor de 15 años puede solicitar asistencia médica por presentar síntomas vagos. Esto requiere, por parte del equipo de salud, una escucha atenta y empática, que habilite una lectura de los gestos, silencios y palabras de la NyA, y, además, habilidades para identificar signos y síntomas sugestivos de embarazo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE EMBARAZO

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de la menstruación: tener presente que en las NyA son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual y el desconocimiento de su periodicidad.• Cansancio, fatiga. | <ul style="list-style-type: none">• Aumento de la sensibilidad y tamaño de las mamas.• Distensión abdominal.• Náuseas, vómitos.• Mareos, desmayos.• Aumento de la frecuencia urinaria. | <ul style="list-style-type: none">• Cambios en el patrón alimenticio.• Cambios en el patrón del sueño.• Disminución del rendimiento escolar.• Cambios en las relaciones con la familia y el entorno social. |
|--|--|--|

El diagnóstico de embarazo puede confirmarse con:

- Prueba de β eta-HCG (gonadotropina coriónica humana) en sangre u orina, según la disponibilidad del sitio de atención.
- Ecografía.
- Presencia de la frecuencia cardíaca fetal en la auscultación.
- Identificación de las partes fetales a través de la palpación abdominal

**FRENTE A LA CONFIRMACIÓN DE UN EMBARAZO,
¿QUÉ NO SE DEBE HACER?**



- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Asumir el deseo de matenar de la NyA (por ejemplo, llamarla “mamita”, hablarle de un futuro bebé). • Asumir una relación sexual consentida (por ejemplo, convocar a la pareja sin conocer los detalles de la relación sexual que produjo el embarazo). | <ul style="list-style-type: none"> • Convocar a la madre y/o padre de la NyA sin una evaluación de riesgo previa de la NyA, determinar las circunstancias del embarazo y contar con el consentimiento de la NyA. | <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar fotos, videos, sonidos o detalles técnicos al realizar la ecografía, que no son necesarios para ese fin. Por el contrario, estas prácticas se han considerados tratos crueles y degradantes, sobre todo si la niña/adolescente decidió interrumpir el embarazo. |
|---|---|---|

La atención del embarazo de una adolescente menor de 15 años en un servicio de salud, se tiene que considerar como una urgencia y deben identificarse los diferentes condicionantes que puedan explicar el embarazo a esa edad.

Ante una adolescente menor de 15 años en quien se confirma un embarazo, siempre se debe sospechar violencia sexual, sea en la relación que generó ese embarazo, o en su trayectoria sexual previa. En algunas ocasiones, puede haber un relato espontáneo sobre la situación de abuso, aunque, por lo general, esto no ocurre. En ese caso, pueden observarse reacciones y comportamientos que llevan a sospechar tal situación.

INDICADORES INESPECÍFICOS DE EMBARAZO PRODUCTO DE ABUSOS SEXUALES (PLAN ENIA, 2018)

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Consulta tardía.• Rechazo del embarazo.• Ataques de angustia. | <ul style="list-style-type: none">• Autolesiones, intento de suicidio, retracción social. | <ul style="list-style-type: none">• Ocultamiento, ambigüedad y contradicciones acerca de la identidad del coesistente, tanto por parte de la niña/adolescente como por parte de quienes la acompañan. |
|---|---|---|

El embarazo también puede ser producto de una relación sexual libre, consentida, entre pares, sin desequilibrio de poder (por edad, posición social, económica, etc.) y sin violencia (PNSIA, 2017). No por ello se debe asumir que sea un embarazo planificado: en su mayoría se trata de NyA que desconocen las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección, o no han tenido los medios para prevenirlo (información sobre salud sexual y acceso a métodos anticonceptivos seguros).

► Condiciones para la consulta de NyA

Confidencialidad y privacidad: es una condición deseable contar con espacios adecuados que garanticen la protección de la información para la recepción y atención de las consultantes. Para ello es necesario un espacio privado y explicitar claramente que todo lo que ocurra en la consulta forma parte del secreto profesional.

Escucha activa: requiere observar atentamente la conducta verbal y no verbal de la consultante; interpretar no solo qué se dice, sino cómo se lo dice. Para implementarla, es necesario establecer una relación empática (Messina, 2017). Una actitud libre de prejuicios y una escucha empática son necesarias para que la NyA se sienta contenida y cómoda. Deberá aclararse que las preguntas relativas a su sexualidad no son para juzgar su intimidad, sino para poder dar una respuesta de calidad (DNSSyPR, 2019).

Empatía: significa poder ponerse en el lugar del/la otro/a, intentar sentir desde el sitio en el que el otro/a siente. Significa abrir la puerta para que se entable una relación de confianza.

Integralidad: la salud es “el completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS). Abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, afectivos, éticos y jurídicos. La integralidad propone la superación de la acción circunscrita a sistemas aislados del cuerpo. Amplía el enfoque de la atención y garantiza el acceso a los servicios y las prestaciones de salud teniendo en cuenta las circunstancias y condiciones del contexto familiar, social y cultural de la persona.

Asimismo, es fundamental considerar el significado de la autonomía progresiva y cómo esta atraviesa la consulta de NNyA.

La autonomía se consolida por un proceso de desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular, que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos. Algunas de sus características son:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Adquisición gradual y sucesiva. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de formular un juicio propio, con la adquisición de la habilidad para comprender. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles según una preferencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia de allegado/as y personas de confianza para la consolidación de sus decisiones y no para suplantarlas. |
|--|---|

Este primer contacto entre la niña/adolescente embarazada y el equipo de salud es fundamental, y de él dependerá la confianza que permita generar un circuito virtuoso que facilite las acciones y actividades para lograr los mejores resultados posibles. Una vez hecho el diagnóstico, la niña/adolescente cuenta con tres opciones respaldadas por la ley: interrumpir el embarazo, llevarlo a término y ejercer la maternidad, o llevarlo a término y entregar al recién nacido en adopción. Todo el proceso debe estar enmarcado por el deber de Transparencia Informativa Activa.

Transparencia (informativa) activa: Las/os profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo del proceso de atención completo, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje y formato accesible.⁴

4. Este principio se desarrolla en el artículo 5. e de la Ley 27.610 de acceso Interrupción Voluntaria del embarazo y atención posaborto, y en el documento “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos” de la CIDH (2011)

Escenarios que determinan las rutas de acción:

- A.** Embarazo producto de abuso sexual.
- B.** Embarazo producto de una relación consentida.

En cualquiera de estas situaciones debe tenerse presente la definición de embarazo infantil forzado:

“Se produce cuando una niña queda embarazada sin haberlo buscado o deseado, o cuando se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. El embarazo forzado puede ser producto de una violación sexual o relación sexual consensuada por la niña no conociendo las consecuencias o, cuando conociéndolas, no pudo prevenirlas” (CLADEM, 2015)

La falta de respuesta institucional a los embarazos forzados en NyA menores de 15 años son formas de violencia institucional e incumplen las garantías de derechos consagrados por la legislación nacional.

- Se incumple cuando no se da a la niña información para que decida.
 - Se incumple cuando no se ofrece la posibilidad de Interrupción del Embarazo y se actúa como si no hubiera otra posibilidad más que continuar con el embarazo.
-

► 1A. Embarazo producto de un abuso sexual

Un embarazo producto de un abuso sexual tiene un fuerte costo emocional, más aún cuando se trata de una niña/adolescente. Por los efectos traumáticos del o de los abusos, que producen un daño en la constitución de su aparato psíquico, es muy difícil para la niña/adolescente poner en palabras la situación, lo que se traduce en una multiplicidad de síntomas (Toporosí, 2018). Así planteado, el embarazo infantil forzado llevado a término y sin un abordaje de salud mental e integral, puede provocar la interrupción de la escolaridad, la vida social y recreativa, y del proyecto de vida en general.

El equipo de salud debe estar en condiciones de ofrecer atención sanitaria y contención psicológica y social. Si hay elementos que confirman la sospecha de abuso sexual, los integrantes de los equipos de salud deben realizar la notificación/comunicación al órgano de Protección Integral de NNyA, la denuncia judicial (Ley 27455, de 2018) y asegurar de que no se continúen vulnerando derechos de la niña/adolescente. Quienes notifican/comunican, en este caso profesionales de la salud, solo informan una sospecha, no están obligados a presentar pruebas. Sí tienen que fundamentar la sospecha, basándose en la entrevista, en los datos obtenidos en la Historia Clínica y en los exámenes complementarios que se hayan dispuesto.

Este proceso deberá realizarse respetando las condiciones personales de la niña/adolescente, valorando su madurez y autonomía.⁵ Se debe informar a la niña/adolescente y acordar con ella cómo se presentará la información y qué resguardos se pueden dar desde el sistema de salud. Por ejemplo, proponerle la internación para que no tenga que enfrentarse al agresor, si este convive con ella. De esa forma, ella puede estar segura de que no va a tener consecuencias negativas derivadas de la denuncia.

En caso de que la niña no quiera realizar una denuncia, se debe armonizar la imperiosa necesidad de escuchar y tener en cuenta la opinión de la NyA a fin de diseñar estrategias de acompañamiento eficaces en el proceso de denuncia, comunicación y restitución de derechos.

5. El artículo 26 del Código Civil y Comercial recoge el principio de autonomía progresiva para el ejercicio de los derechos de conformidad con la evolución de sus facultades, a través de pautas flexibles, en consonancia con el art. 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, Ley 23849/1990). El CCyC enmarca sus acciones en la Convención de los Derechos del Niño de rango constitucional, incorpora la normativa internacional de los derechos humanos al derecho interno, así como la Ley 26061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que garantiza el derecho a su salud integral (Art. 14), la Ley 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley 26529 de Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. El CCyC denomina “adolescente” a la persona menor de edad que cumplió 13 años. La adolescencia abarcaría, entonces, el período que va desde los 13 a los 18 años, ya que a con esos años se adquiere la mayoría de edad.

Es importante tener en cuenta la diferencia entre denuncia y comunicación. La denuncia es un acto jurídico por medio del cual se informa a las autoridades policiales o judiciales sobre la existencia de un delito. La comunicación administrativa es un acto jurídico por medio del cual se pone en conocimiento de las autoridades administrativas una situación sobre la que tiene competencia. La comunicación sirve para integrar equipos de intervención interinstitucional que permitan abordar de forma integral la atención de la salud de NNyA, en las esferas físicas, psíquicas y sociales, especialmente las últimas (PNSIA, 2018). Tanto la denuncia como la comunicación son obligatorias.

La denuncia ante situaciones de violencia sexual es obligatoria en menores de edad y personas con discapacidad, según las leyes 24417 de protección contra la violencia familiar y 27455, que modifica el artículo 72 del Código Penal.

¿Dónde denunciar?

- Fiscalías especializadas o, en su defecto, fiscalías.
- Comisarías de la mujer o de la familia.
- Comisarías.

El deber de comunicación también es obligatorio, fundado en la ley 26061 de Protección Integral de NNyA. Los organismos de protección de derechos de NNyA son las autoridades de aplicación de la Ley Nacional 26061 y de las leyes provinciales de protección integral para la niñez y adolescencia. Son quienes dictan dichas medidas en casos de vulneración de derechos.

En algunas situaciones (por ejemplo, lesiones físicas graves, riesgo para la salud mental o la integridad personal), los profesionales pueden indicar la internación para poder observar y proteger a la NyA, hasta que las autoridades competentes tomen medidas más apropiadas de protección o puedan convocar a personas de confianza de la NyA para que se hagan responsables de su cuidado y protección y así evitar el riesgo.

Para información complementaria sobre abusos sexuales en NNyA, ver documento: “Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional” (2018), del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia.

► 1B. Embarazo producto de una relación sexual consentida

Existen NyA menores de 15 años que pueden tener relaciones sexuales como parte de la exploración de la sexualidad, sin que medie asimetría de poder. Puede producirse, entonces, un embarazo como resultado de dichas relaciones.

Aun en estos casos, el embarazo puede generar sentimientos ambivalentes e incertidumbres, sobre todo, en una niña/adolescente en situación de vulnerabilidad social. El equipo de salud tiene la función de acompañar a la niña/adolescente en el proceso de toma de decisiones. La situación exige estrategias de apoyo psicológico y social, que puede ser proporcionado tanto por los integrantes del equipo de salud, como por los organismos de protección, siempre de manera articulada y sin superposición de roles. Este acompañamiento deberá contar con una evaluación de los riesgos para la salud física y emocional y el desarrollo futuro de la niña/adolescente; así como información completa, actualizada y precisa acerca de las opciones de interrumpir o continuar el embarazo, de acuerdo con la evaluación anterior.

Ante la situación de falta de consenso entre NyA y la familia respecto de la continuación o no del embarazo, el equipo deberá priorizar la decisión de la primera, contemplando su interés superior, los derechos sexuales y reproductivos que la asisten, y brinda el apoyo necesario para llevar a cabo lo decidido garantizando su protección integral.

► Evaluación clínica y manejo de ITS

El abordaje integral incluye la evaluación clínica y los exámenes complementarios y de laboratorio de acuerdo al estado general de la niña/adolescente, independientemente de la decisión de continuar o no el embarazo.

Se deben solicitar los siguientes exámenes:

- Hemograma, función renal y hepatograma: basal, a las 2 y 4 semanas, y VDRL.
- Antígeno/Anticuerpos para hepatitis B, según antecedente de vacunación de la paciente.
- Anticuerpos para hepatitis C.
- Test de ELISA para VIH.

En caso de considerarlo necesario, realizar profilaxis de ITS de acuerdo al siguiente esquema: ceftriaxona 250 mg IM (dosis única) + azitromicina 1 g (dosis única) + metronidazol 2 g (dosis única) 5, o cefixime 400 mg VO (dosis única) + azitromicina 1 g (dosis única), o doxiciclina 100 mg VO (cada 12 horas por 14 días) + metronidazol 2 g (dosis única) (op. cit.).

2. Consejería en derechos

La consejería es un espacio de información que tiene como objetivo que las NyA puedan tomar decisiones conforme a su competencia y autonomía progresiva.

Para que la niña/adolescente tome una decisión, es necesario que cuente con la información adecuada para poder evaluar las diferentes posibilidades: interrumpir el embarazo o continuar con el mismo. Esta información debe estar científicamente validada, ser oportuna y expresada en términos sencillos. Teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad de la niña/adolescente, se recomienda que la interlocución se limite, en lo posible, a un mismo equipo de salud, evitando múltiples actores que puedan revictimizarla. Por ejemplo, en la situación de internación para una IVE/ILE, es de fundamental importancia resguardar la privacidad de la niña/adolescente a fin de que no sea visitada por personas ajenas al equipo de salud tratante o que tengan la intención de intervenir en su decisión.

Con la finalidad de ofrecer una atención más integral y de calidad, se sugiere que la consejería se ofrezca con una modalidad de trabajo interdisciplinario, conformando el equipo con profesionales médicos, de salud mental y trabajo social. El abordaje integral adecuado y oportuno de la niña/adolescente embarazada requiere evaluar las circunstancias familiares, así como la detección de redes de apoyo. Las actividades del equipo de salud no deberían limitarse a las intervenciones de cuidado médico y gineco-obstétrico -se trata siempre de un embarazo de alto riesgo-, sino que, además, el equipo de salud debe acompañar a la niña/adolescente para transitar el proceso y ayudarla a tomar las decisiones, con el cuidado necesario para no imponer las propias.

► 2A. Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo

Una vez que se brinda la consejería en derechos y la niña o adolescente decide la interrupción del embarazo, se deberá informar acerca de la práctica en un lenguaje claro y accesible, y proceder de acuerdo al marco legal y los protocolos sanitarios establecidos.

La ley 27.610 sobre regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención postaborto sancionada en diciembre de 2020 establece un sistema mixto de plazos y causales. De esta manera, **las niñas, adolescentes, mujeres y personas con otras identidades de género tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.** En estos casos la persona gestante, con o sin discapacidad y de cualquier edad NO esta obligada a manifestar el motivo por el cual desea interrumpir el embarazo. Basta con su consentimiento libre y voluntario. No se requiere ningún otro documento o constatación más que la edad gestacional.

Asimismo, las personas gestantes tienen derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante, tal como ya estaba previsto en la legislación desde 1921. Es decir, se mantienen las causales establecidas por el Código Penal y los lineamientos de la CSJN en la sentencia “F. A. L. s/medida autosatisfactiva”.

Para el acceso a la ILE, únicamente se requerirá:

- En casos de violencia sexual las personas mayores de 13 años deberán completar una declaración jurada sobre el origen del embarazo. Antes de esa edad para la ley penal se considera que el embarazo es producto de violencia. En ningún caso se requiere denuncia judicial o política para acceder a una ILE.
- En casos de peligro para la vida o la salud de NyA se deberá dejar constancia en la historia clínica, de la edad de la niña y los riesgos específicos. Todos los embarazos de NyA menores de 15 años suponen un riesgo para su salud y su vida, por tanto tienen derecho a la ILE.

En todos los casos de IVE/ILE se debe contar con el consentimiento informado de la gestante y de ser necesario la constancia de la asistencia de personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado.

¿En qué causales se enmarca una ILE en niñas y adolescentes menores de 15 años?

- Los embarazos que son producto de abusos sexuales en NyA menores de 15 años encuadran en las distintas causas que habilitan un aborto legal incluso después de la semana 14.6 de gestación: violación y riesgo para la salud psicofísica.
- Los embarazos en NyA menores de 15 años que no son producto de abusos sexuales encuadran en la causa que habilita un aborto legal: riesgo para la salud psicofísica.

La práctica de la IVE o ILE deberá realizarse en un plazo no mayor a los 10 días corridos desde el momento en que la NyA requirió la práctica, y debe realizarse de forma accesible y segura.

Las dilaciones injustificadas, la obstaculización o la negación a realizar una práctica de IVE/ILE, y brindar información falsa, constituyen actos que pueden ser sancionados administrativa, civil y/o penalmente¹.

La práctica de la IVE/ILE es responsabilidad del equipo de salud.

La justicia solo debe intervenir en caso de sospecha de abuso sexual para investigar y juzgar al agresor y reparar a la NyA.

Debe considerarse que en este tipo de intervenciones como la IVE/ILE cualquier demora aumenta los riesgos para la vida o la salud de la NyA.

1. Objeción de conciencia: Es importante tener en cuenta que es siempre individual. Puede ser invocada respecto a realizar la práctica concreta (intervención directa) de la IVE/ILE, pero no para las acciones necesarias para garantizar la atención integral de la salud (art. 10, Ley 27.610, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011), sean previas o posteriores a la interrupción (por ejemplo: realización de ecografías, toma de tensión arterial o la temperatura, seguimiento post aborto, dispensa de medicación, anestesia, entre otras.). Estas acciones no tienen como finalidad interrumpir la gestación y se realizan de forma complementaria a un gran número de prácticas de salud y, por tanto, no puede existir conflicto moral o religioso con su realización en profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Según la nota técnica N°3 de estándares legales de la ley 27.610², y en consideración de este grupo etario, en la asistencia de estas situaciones deben asegurarse:

Trato digno: el trato digno en la relación sanitaria se expresa en el respeto por la persona, sus creencias y convicciones en todo el proceso de atención, garantizando sus derechos y una atención libre de violencia. Es decir que, en todo momento, se debe asegurar a la N/A un trato considerado y respetuoso, lo que incluye, por supuesto, no cuestionar su decisión de interrumpir el embarazo.

Acceso a la información: debe garantizarse el acceso a la información en todo el proceso de atención de forma dinámica y como requisito para la toma informada de decisiones acerca de prácticas y procedimientos, en el marco del deber de transparencia activa de todo el personal y las autoridades sanitarias. La información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje con formatos accesibles y adecuados a la autonomía progresiva de la N/A, y debe proporcionarse de una manera compatible con las necesidades de la persona

Privacidad: el equipo de atención debe asegurar la creación y preservación de un ambiente de confianza e intimidad durante todo el proceso. Esto incluye, por lo menos, la adecuación de los espacios de atención. Asimismo, debe garantizarse la privacidad de la información solicitada y toda aquella que se consigne en la historia clínica y proteger a la solicitante de injerencias ilegítimas. En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas y adolescentes (NNyA), el deber de comunicar la vulneración de derechos y de realizar la denuncia deben cumplirse, respetando los derechos a la privacidad y confidencialidad de NNyA, su autonomía progresiva, interés superior y participación significativa.

Confidencialidad: el personal de salud tiene que crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. La obligación de confidencialidad es extensiva a toda persona que acceda a la documentación clínica de las prestaciones reguladas en la Ley 27.610. El secreto médico alcanza a los casos en los que la decisión de abortar no estuviera dentro de los supuestos del artículo 4 de la Ley 27.610. Asimismo, el equipo de salud debe comunicar claramente a la NyA que no compartirá con nadie por fuera del equipo información de la consulta y de la práctica.

2. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación. Nota Técnica N°3 Ley 27.610 Estándares legales para la atención de la Interrupción del Embarazo.

Autonomía de la voluntad: todas las personas con capacidad de gestar, con y sin discapacidad, pueden tomar sus propias decisiones respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. En ningún caso, el personal de salud puede interferir indebidamente con la decisión de las personas gestantes.

Atención de calidad: El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los estándares de la OMS y en el marco de los derechos humanos. La calidad en la provisión de las prestaciones comprende los aspectos técnicos, de servicio e interpersonales relacionados con el acceso oportuno, eficaz, seguro, equitativo, y centrado en la persona para la atención de la salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Consentimiento Informado (CI) de la NyA para la Interrupción del Embarazo: Se trata de un proceso dinámico que recorre toda la atención; se deberá contemplar la vulnerabilidad específica de NyA embarazadas para garantizar que brinden su consentimiento de manera informada y libre de presiones. Para la práctica de IVE/ILE, el resultado del proceso de consentimiento informado debe estar expresado, en general, por escrito (art. 7, Ley 27.610).

En las NyA menores de 13 años, el CI deberá contar con la asistencia de una persona de su elección que ejerza roles de cuidado formales o informales, de lo cual se dejará constancia en el documento de CI. Esta asistencia no sustituye la voluntad o el consentimiento de la NyA, sino que es un apoyo para el ejercicio de su autonomía en la toma de decisiones. En el Anexo I. CI se sugiere modelo para el consentimiento.

► 2B. Continúa el embarazo

La continuación del embarazo puede darse por decisión de la NyA o como consecuencia de la edad gestacional avanzada en el embarazo, con imposibilidad de realizar IVE/ILE.

Las recomendaciones para el seguimiento del embarazo (Control Prenatal), la atención del nacimiento y los controles posteriores en el nivel de complejidad adecuado, se describen en Anexo II, al final del documento.

3. Consejería y Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico (AIPE)

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

La consejería, abordada desde una perspectiva de género y derechos, constituye una estrategia fundamental para la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, las NyA pueden solicitar y recibir métodos anticonceptivos sin que se requiera la presencia de las madre(s), los padre(s), o algún otro/a adulto/a.

En situaciones traumáticas, como las que resultan de haber sufrido violencia sexual o abuso, de acuerdo a cada caso y situación, la consejería tendrá como objetivo brindar un espacio específico e individual de escucha a las necesidades de anticoncepción de la NyA. La evaluación debe hacerse de manera integral, entendiendo que no solo se busca evitar un nuevo embarazo y/o ITS, sino también proteger la integridad física, psíquica y sexual, a la vez de promover la autonomía y los derechos sexuales, los derechos reproductivos y los no reproductivos de la NyA. Esto incluye la consideración de factores protectores y de riesgo del entorno (familia y comunidad) al cual retorna la niña/adolescente luego del evento obstétrico.

La Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico (AIPE) es el acceso a un método anticonceptivo en el período posterior a un evento obstétrico -puerperio o posaborto-, ya sea parto vaginal, cesárea o aborto, antes del alta hospitalaria (48 hs). En el caso de un aborto, el inicio inmediato de la anticoncepción, significa el día mismo del procedimiento quirúrgico o el día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto con medicamentos (OMS, 2014).

Luego de un aborto, la ovulación puede ocurrir entre 10 y 14 días después, y el 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al mismo.

Entre quienes amamantan, la amenorrea posparto depende de la frecuencia o de los métodos de lactancia. Pero la ovulación y, por lo tanto, el embarazo, puede ocurrir antes de que la menstruación se reanude (ACOG, 2016).

Dentro de los métodos anticonceptivos más efectivos, se encuentran los dispositivos intrauterinos (de cobre y hormonal) y el implante subdérmico, que son, también, métodos anticonceptivos de larga duración (MALD) y deben ofrecerse siempre como una opción para el posparto y posaborto. Estos métodos cuentan con la ventaja de ser reversibles y eficaces. Tienen, además, altas tasas de continuidad y satisfacción entre las usuarias adolescentes, en comparación con los de corta duración, por lo que se aconseja considerarlos como métodos de primera línea en esta población. Es importante reforzar el doble método, promocionando el uso del condón, ya que no solo aumenta la efectividad en la anticoncepción, sino que es imprescindible para la prevención de las ITS, incluyendo el VIH.

4. Seguimiento integral

Dadas las condiciones y la situación de vulnerabilidad de la niña/adolescente embarazada menor de 15 años, la atención del evento obstétrico y el egreso institucional no implica la finalización de la atención. Muy por el contrario, requiere renovar los compromisos y reevaluar las estrategias para continuar acompañando la restitución del bienestar y la salud de la NyA.

Resulta fundamental disponer de un sistema de referencia y contrareferencia entre maternidades y los efectores del primer nivel de atención. La presencia de dispositivos de atención en el terreno puede contribuir al armado de una red efectiva entre el primer y segundo/tercer nivel de atención.

El equipo interdisciplinario deberá, en primer lugar, articular y fortalecer la relación con la escuela. En el marco del acompañamiento a estas situaciones de vida atravesadas por NyA, y con la intención de reducir el daño que han sufrido, proteger los derechos que han sido vulnerados, y restablecer su vigencia, la vuelta a la escuela cobra especial relevancia. No solo porque representa el regreso a un ámbito en el que las adolescentes viven su cotidianeidad, sino también porque la institución educativa puede constituirse en un espacio de contención y de fortalecimiento de proyectos de vida. Se hace necesario, entonces, preparar ese regreso para lograr estos propósitos y, al mismo tiempo, evitar que se generen situaciones de revictimización por desconocimiento o falta de articulación entre los organismos locales del sistema de protección de derechos o judicial. Para ello, se debe propiciar la coordinación de acciones entre el equipo de salud y el de educación, ya sea directamente con las escuelas a las que asisten las NyA, con los equipos de orientación escolar o con el equipo de ESI de la jurisdicción.

Además de la articulación con educación, el equipo de salud deberá:

- **Dar seguimiento, conjuntamente con salud mental,** a las situaciones de violencia previamente detectadas. El tipo de tratamiento de salud mental se adecuará a la evolución del bienestar emocional de la NyA, de su red de contención, etc. Deberá quedar instalado el vínculo con el establecimiento de salud a demanda.

- **Propiciar el fortalecimiento de la autonomía en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la niña/adolescente**, a través de actividades y espacios de promoción de la salud.
- **En el caso de las NyA que hayan decidido continuar con el embarazo y ser madres**, los controles de salud del bebé, generalmente llevados a cabo por pediatras o médicos de familia, pueden ser una buena oportunidad para continuar con el cuidado de su propia salud integral.
- **En los casos en que la niña/adolescente esté utilizando un método anticonceptivo**, el proceso de consejería es continuo para garantizar la adherencia al mismo, evacuando posibles dudas sobre, por ejemplo, el spotting o la amenorrea, o cambiando de método si la niña/adolescente lo solicitase.
- **En los casos en que se trata de una relación consentida**, formar equipos que hagan un seguimiento y un apoyo a la crianza, que incluyan al varón cogestante y/o a la familia ampliada.

MONITOREO DE CASOS Y COMUNICACIÓN A MEDIOS:

Se recomienda, para el seguimiento de casos de embarazadas menores de 15 años, la creación de mesas intersectoriales en el nivel local, que involucren a los actores parte de la hoja de ruta: salud, educación, organismos protectores de derechos de NNYA y justicia.

El armado de estas mesas es clave para visibilizar y alcanzar una cultura de urgencia en respuesta a estos casos, que cumpla con los estándares de calidad detallados en esta hoja de ruta. Para el monitoreo, se pueden utilizar indicadores propios del sistema de salud, como los sistematizados por el Sistema Informático Perinatal.

Se proponen los siguientes objetivos para la mesa intersectorial local:

- **Hacer un seguimiento** de la aplicación de los puntos críticos de la hoja de ruta de atención a NyA embarazadas menores de 15 años.

- **Evaluar el funcionamiento de la red de atención sanitaria** (primer nivel, institución de referencia) y los aspectos que la componen en su capacidad de respuesta: recurso humano capacitado, comunicación dentro de la red e insumos.

- **Evaluar la articulación de instituciones responsables** de velar por el interés superior de la niña/adolescente: salud, educación, organismos de protección de NNYA, justicia.

- **Proponer actividades de promoción de la salud** como parte del fortalecimiento de los derechos sexuales de NNYA.

- **Por último, en caso de que los medios de comunicación quieran obtener información** sobre el caso, se deberán tomar los recaudos necesarios para proteger el interés superior de la niña/adolescente. Esto incluye mantener el anonimato para proteger la identidad de la niña, no brindar información sin su consentimiento y evitar dar detalles que minimicen la complejidad del caso.

Resumen de anexos

	CONSIDERAR	OFRECER
I.	Esquemas sugeridos para procedimientos de Interrupcion del Embarazo	
	<ul style="list-style-type: none">• Opciones terapéuticas.• Violencia sexual (para decidir la forma de administración de medicamentos)	<ul style="list-style-type: none">• Según condiciones clínico-obstétricas y la edad gestacional.• Consentimiento Informado (oral o escrito).
II.	Control prenatal	
	Seguimiento conjunto interdisciplinario e internivel.	<ul style="list-style-type: none">• Consultas de calidad en número y contenidos• Atención psicosocial.• Involucramiento de la red familiar /social.• Actividades de Educación para la Salud: alimentación, elección del MAC posevento.
III.	Atención del nacimiento y del puerperio	
	Institución de referencia	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de la vía de parto, acompañamiento continuo.• Inicio de la lactancia si materna, inhibición de la lactancia si decide adopción o si decide maternar pero no amamantar (evaluación psicosocial).

Anexo I

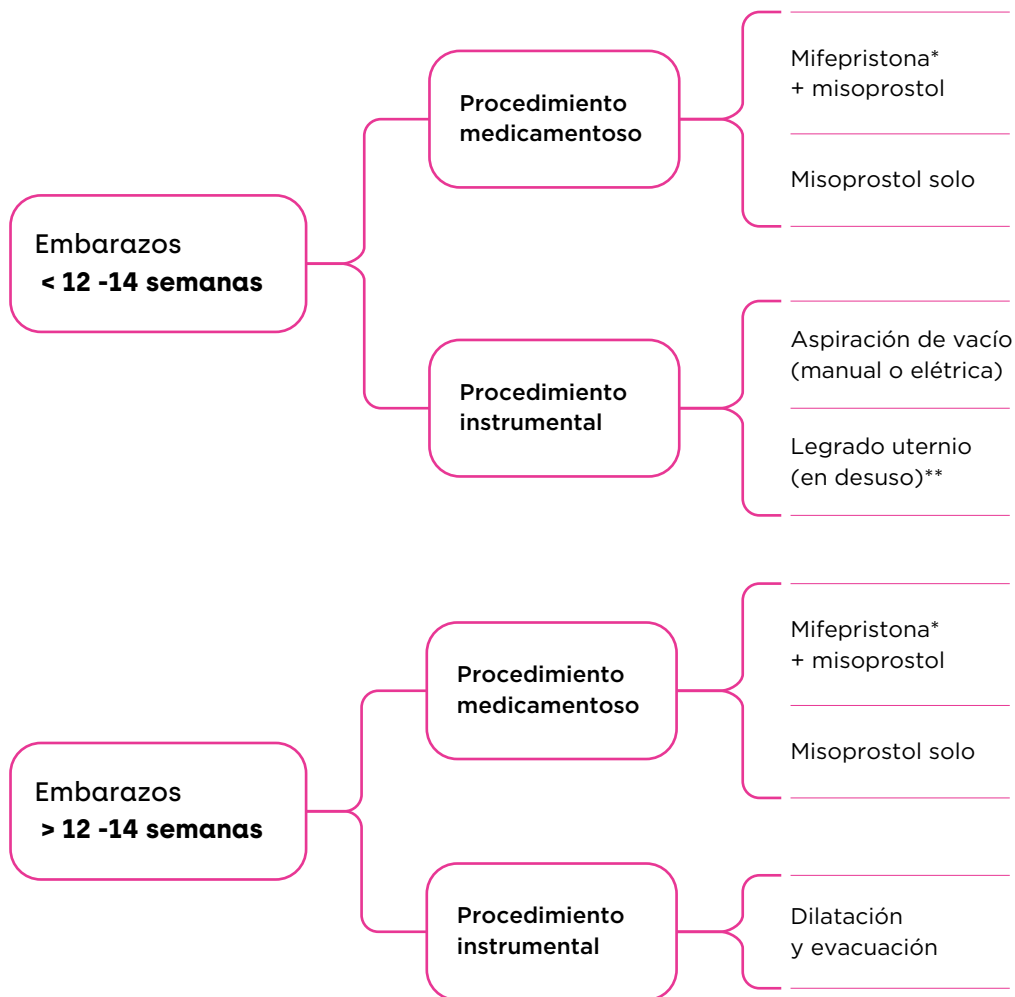
Esquemas sugeridos para procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo

Las opciones terapéuticas para realizar una IVE/ILE dependen de la edad gestacional y de las posibilidades del centro asistencial. Es esencial realizar una adecuada consejería previa, en la cual se expliquen las diferentes posibilidades, de manera que la niña/adolescente pueda tomar su decisión basada en una información completa.

Es fundamental verificar que en la Historia Clínica (HC) se consignen todos los pasos realizados durante el proceso de atención: consejería, anamnesis, evaluación física, realización de estudios complementarios, interconsultas, si las hubiere, y Consentimiento Informado. En cuanto a los exámenes complementarios, puede realizarse un hematocrito o hemoglobina y, en algunos casos, de acuerdo a la condición clínica de la niña/adolescente, puede ser útil la solicitud de otros análisis.

Si se desconoce el grupo sanguíneo y el factor Rh, solicitarlo de manera de administrar inmunoglobulina anti Rh, cuando esté indicado.

Cuadro 3. Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2018).



*Los regímenes con mifepristona aún no están disponibles, pero se incluyen en este anexo tal como están descritos en los documentos de las organizaciones internacionales.

**Por recomendación de la OMS (2018b), el legrado o raspado uterino debe ser usado cuando ninguno de los otros métodos está disponible. Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento medicamentoso o la aspiración endouterina.

► Misoprostol

En marzo de 2005, la OMS incluyó el misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en primer y segundo trimestre, prevención y profilaxis de la hemorragia posparto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005). En la Argentina, en julio de 2018, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) autorizó la producción de comprimidos vaginales de misoprostol sin diclofenac, en la concentración de 200 mcg, y resolvió la inscripción en el Registro Nacional de Especialidades Medicinales. La disposición de ANMAT (DI-2018-6726-APN-ANMAT#MS) autoriza la venta bajo receta archivada para su uso institucional y hospitalario exclusivo.

Los regímenes sugeridos se presentan en la siguiente tabla:

Cuadro 4. Regímenes con misoprostol.

SOCIEDAD CIENTÍFICA	EDAD GESTACIONAL	DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y ESQUEMA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 2018B)	<12 semanas	Misoprostol 800 mcg, vía vaginal o sublingual, y bucal, repetir dosis hasta expulsión.
	>12 semanas	Misoprostol 400 mcg, vía vaginal, sublingual o bucal, cada 3 horas (sin máximo de dosis).
IPAS (2018)	<13 semanas	Misoprostol 800 mcg, vía sublingual o vaginal, cada 3 horas o vaginal.*
	>13 semanas	Misoprostol 400 mcg, vía sublingual o vaginal,* cada 3 horas hasta la expulsión de feto y placenta.

* En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (Ipas, 2018).

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO, 2017)	<13 semanas	Misoprostol 800 mcg, vía sublingual cada 3 horas o vaginal**/bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo).***
	>13 semanas	13 a 24 semanas: Misoprostol 400 mcg, vía vaginal**, sublingual o bucal, cada 3 horas ****
FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG, 2013)	<12 semanas	Misoprostol 400 a 800mcg sublingual cada 4 hs hasta completar 3 dosis. Misoprostol 400 a 800 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6hs hasta completar 3 dosis consecutivas.
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetir 12 horas después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 horas. Si persiste sin respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetir 12 horas después.
	19 a 22 semanas	Misoprostol 100 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 100 mcg a las 6 horas. Si persiste sin respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetir 12 horas después.

En caso de hemorragia o signos de infección, evitar la vía vaginal (FIGO, 2017). | * Existe suficiente evidencia para respaldar un número fijo de dosis para el uso en embarazos de menos de 13 semanas de gestación, así como evidencia de que es seguro administrar dosis adicionales si se requieren. | **** En caso de que no se haya expulsado la placenta 30 minutos después de la expulsión del feto, se puede administrar otra dosis. Algunos estudios sugieren un máximo de 5 dosis ya que en la mayoría de los casos se completa la expulsión antes, pero otros continúan con más dosis y alcanzan una tasa de éxito mayor sin ningún problema de seguridad.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1/2019. Protocolo de atención integral a las personas con derechos a la interrupción legal del embarazo. DSSyR, 2da edición 2019.

En el caso de NyA y cuando el embarazo es producto de una violación o abuso, es importante ofrecer la vía sublingual de administración y evitar la vía vaginal, ya que esta última podría implicar una situación traumática.

Se estima que la tasa de éxito con el esquema de misoprostol solo para obtener un aborto completo es del 85% en embarazos de menos de 13 semanas y del 72% al 91% en embarazos de más de 13 semanas (Ipas, 2018). La eficacia es mayor si se usa el esquema mifepristona + misoprostol: más del 95% en embarazos de menos de 13 semanas y 90% en embarazos de más de 13 semanas (Ipas, 2018). En la mayoría de los casos, la expulsión fetal y placentaria ocurren en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas (FLASOG, 2013).

Luego de una interrupción realizada con medicamentos, el riesgo de infección intrauterina es muy bajo, por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos (OMS, 2014 - Ipas, 2018).

Analgésicos: para disminuir los cólicos y dolores abdominales pueden ofrecerse regímenes con AINE Ibuprofeno 400/600 mg, desde una hora antes de iniciar el tratamiento.

► Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La técnica de aspiración de vacío consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración eléctrica, mediante la utilización de una bomba eléctrica, o manual, en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano (AMEU). En la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

Se sugiere la utilización de profilaxis antibiótica según esquemas sugeridos en el cuadro 5.

Cuadro 5. Regímenes ATB profilácticos para AMEU.

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>PLANNED PARENTHOOD FEDERATION OF AMERICA (Manual de normas y directrices médicas, 2016). Ipas (2018).</p>	<p>Única dosis, vía oral, antes del procedimiento de: 200 mg de doxiciclina ó 500 mg de azitromicina ó 500 mg de metronidazol.</p>
<p>COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS (ACOG, 2016).</p>	<p>100 mg de doxiciclina, vía oral, 1 hora antes del procedimiento y 200 mg después del procedimiento ó 500 mg de metronidazol por vía oral, dos veces al día durante cinco días.</p>

Preparación cervical

Antes del procedimiento, se sugiere la preparación cervical con la administración de 400 mcg de misoprostol vía sublingual, 1 hora antes del procedimiento, o vía vaginal, 3 horas antes.

Con respecto a la anestesia, el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural) o general. Sin embargo, no se recomienda el uso de anestesia general de rutina (OMS, 2014).

Luego del procedimiento, la duración del período de recuperación varía según el estado clínico, el tipo de procedimiento practicado, los medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado.

Verificar, antes del alta la efectiva, la consejería e implementación de MAC (ver “Consejería y Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico”).



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO LEY 27.610

DATOS DE LA NIÑA, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N°): _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Fecha de la primera
consulta en este servicio de salud: ____ / ____ / ____ N° de historia clínica: _____

Confirmando que:

- ✓ Recibí información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí, sobre:
 - los diferentes métodos para interrumpir un embarazo según las semanas de gestación, sobre cómo funcionan, y sobre sus efectos y características, incluyendo sus beneficios, desventajas y riesgos;
 - mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (artículo 5, Ley 27.610).
- ✓ Entendí la información recibida.
- ✓ Tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.
- ✓ Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento aún cuando haya firmado este consentimiento.

De este modo, de acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, consiento libremente a:

(señalar lo que corresponda)

- Interrumpir voluntariamente este embarazo sin manifestar motivo porque me encuentro dentro de las 14 semanas inclusive de gestación, o
- Interrumpir legalmente este embarazo por los siguientes motivos: está en peligro mi salud o mi vida, o por ser un embarazo resultado de violación.

Firma de la persona gestante

Aclaración

Día Mes Año

Firma del/a profesional interviniente

Aclaración

Día Mes Año

Matrícula N°

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.


**CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DEL/A REFERENTE AFECTIVO
O REPRESENTANTE LEGAL**

De acuerdo al artículo 8 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia de su progenitor/a, representante legal, referente afectivo, o de una persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado o una persona allegada, debido a que la persona gestante es:

(señalar lo que corresponda)

- Menor de 13 años de edad.
- Adolescente entre 13 y 16 años de edad y el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida.

Firma	Aclaración	Documento (tipo y N°)
Relación con la persona gestante		Día Mes Año

CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DE LA PERSONA DE APOYO

De acuerdo al artículo 9 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia del apoyo designado judicialmente, representante legal o de una persona allegada, debido a que la persona gestante:

(señalar lo que corresponda)

- Tiene sentencia judicial firme vigente de restricción a la capacidad para tomar decisiones vinculadas a la interrupción del embarazo.
- Ha sido declarada incapaz en los términos del artículo 32 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Firma	Aclaración	Documento (tipo y N°)
Relación con la persona gestante		Día Mes Año

***El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante.
Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.***

Anexo II

Control Prenatal

La atención debe iniciarse apenas confirmado el embarazo, sea cual sea la edad gestacional.

Resulta fundamental disponer de un sistema de referencia y contrareferencia entre los diferentes efectores de salud (maternidades de segundo o tercer nivel y efectores del primer nivel de atención). La presencia de dispositivos de atención en terreno puede contribuir al armado de una red efectiva entre el primer y el segundo/tercer nivel de atención. Allí cobra especial relevancia el concepto de “atención perinatal” en maternidades con Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE). Según la Resolución 670/2019 y la 348/2003, de “Regionalización Perinatal” (Ministerio de Salud de la Nación):

“La Regionalización de la Atención Perinatal implica el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno-perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- Atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos.
- Utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.

La red integra a los establecimientos prestadores de servicios, escalonados de acuerdo a su nivel de complejidad creciente, teniendo en cuenta las distancias y las regiones sanitarias establecidas. Incluye el primer nivel de atención. Es prioritario que todos los integrantes de los equipos de salud de las instituciones, tanto de la atención ambulatoria como de internación, conozcan las características de la red.”

Es importante la admisión sin dilaciones en los casos de embarazo de NyA, porque un porcentaje muy alto inicia su Control Prenatal (CPN) de forma tardía por diferentes circunstancias:

- **Identificación tardía del embarazo.**
- **Temor a su entorno familiar y social.**
- **Desconocimiento de a quien/quienes recurrir.**

En el momento de la identificación de la paciente, se sugiere que quien realice la consulta establezca un dispositivo coordinado de atención, que permita dar cuenta de todas las dimensiones del proceso asistencial integral, en sus aspectos biopsicosociales. Se sugiere que el CPN se realice en forma conjunta, entre el médico especialista y el equipo interdisciplinario. Idealmente, este equipo estará integrado por profesionales especialistas en obstetricia, salud mental, trabajo social.

Cuadro 6. Evaluación del riesgo psicosocial.

FACTORES INDIVIDUALES	FACTORES FAMILIARES	FACTORES SOCIO - COMUNITARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de adicciones • Padecimientos mentales • Discapacidad • Abuso sexual • Violencia de género • ITS 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de redes • Desvinculación familiar • Falta de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de recursos materiales • Precariedad habitacional • Ubicación geográfica de difícil acceso • Escolaridad

La valoración y acompañamiento del equipo de trabajo social y el equipo de psicología permitiría, además, poner en marcha los planes de protección que estuvieran disponibles en cada jurisdicción (Asignación Universal por Embarazo, Asignación Universal por Hijo, Continuidad Pedagógica, son algunos ejemplos).

En los casos de embarazos producto de una relación sexual consentida, es necesario incorporar al varón durante el Control Prenatal para la consejería de salud sexual. Se debe sugerir el chequeo serológico para ITS (incluido VIH), grupo sanguíneo y factor Rh, así como el control clínico y la promoción de la corresponsabilidad en el cuidado.

La planificación de la cantidad y la periodicidad del CPN se adecuará al relevamiento de las condiciones detectadas y a la que corresponda a un embarazo de alto riesgo y/o a la complicación con otras patologías del embarazo.

Cuadro 7. Esquema de contenidos del Control Prenatal.

ACCIONES	CONTENIDOS	COSIDERACIONES ESPECIALES
EXAMEN FÍSICO	Realizar examen físico completo	En cada consulta registrar: talla (en primer CPN); peso e Índice de Masa Corporal (IMC); tensión arterial; Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) con detector de latidos y movimientos fetales (a partir de las 18-22 semanas); altura uterina (percentilar según edad gestacional); presentación fetal (a partir de las 24 semanas).
EXÁMEN DE LABORATORIO	Determinar grupo sanguíneo y factor Rh y panel de ATC. Trimestral: hemograma, glucemia, uremia, ácido úrico, creatinina, hepatograma, coagulograma, perfil tiroideo (TSH, T4L), orina completa, serología para VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C, toxoplasmosis, chagas, rubeola. P75 (Prueba de sobrecarga oral con 75 gramos de glucosa) (Semanas 24-28). Urocultivo para pesquisas de infecciones urinarias y bacteriales asintomáticas.	Se deben agregar los estudios que el profesional considere necesarios, según los antecedentes que refiera la paciente o según desarrolle alguna patología propia del embarazo.
	Detección de vaginosis bacteriana.	Entre las semanas 35 y 37 se debe realizar la detección de Estreptococo del grupo B. En NyA víctimas de abuso sexual, la toma de flujo vaginal debe ser realizada con especial cautela para evitar la revictimización.
	Toma de Papanicolaou.	

ACCIONES	CONTENIDOS	CONSIDERACIONES ESPECIALES
ECOGRAFÍAS	<p>La primera para evaluar la edad gestacional y confirmar el embarazo.</p> <p>Primer trimestre: implantación, longitud embrionaria máxima (LEM), vitalidad del embrión, translucencia nuchal (11-13 semanas).</p> <p>Segundo trimestre: ecografía morfológica (Scan fetal) (18-20 semanas). Tercer trimestre: evaluar crecimiento, volumen de la placenta y peso fetal estimado (32-34 semanas).</p>	
VACUNACIÓN	De acuerdo al calendario oficial.	
ASPECTOS NUTRICIONALES, SUPLEMENTACIÓN	<p>Suplementar con hierro y ácido fólico desde el inicio de la gestación. Dosis recomendada entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 ug (0,4 mg) de ácido fólico. Carbonato de calcio 1,2 gr (con 400 UI de vitamina D) en dietas insuficientes.</p>	
ODONTOLOGÍA	Visitar al odontólogo y dar pautas generales de cuidado.	

A lo largo de los controles prenatales se debe abordar el tema de la anticoncepción a fin de que puedan realizar una elección anticipada del método antes del parto. Asimismo se deberá realizar consejería sobre alcohol cero, al igual que otras sustancias psicoactivas.

La preparación para el parto y la lactancia y el apoyo a la crianza pueden ser abordados con actividades grupales como cursos o talleres, en lo posible en grupos de adolescentes, donde se puedan atender a sus inquietudes y necesidades específicas

Anexo III

Atención del nacimiento y del puerperio

Toda NyA menor de 15 años deberá ser atendida en una institución de la más alta complejidad disponible en el área o región sanitaria.

Es una condición necesaria brindar un acompañamiento a la embarazada y su familia durante el proceso de trabajo de parto y el parto, a fin de brindarle una atención de calidad y basada en el enfoque de derechos. Todo establecimiento debe cumplir con la Ley 25929, conocida como de Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento, que incluye la declaración sobre el Parto Humanizado. Según expresa esta Ley, toda adolescente tendrá derecho a ser informada acerca del proceso de parto y cualquier otra intervención, y a ser acompañada por quien ella decida durante el trabajo de parto (ya sea vaginal o cesárea), el nacimiento y el puerperio. Es fundamental que, durante el embarazo, se haya abordado este tema. Se sugiere trabajar con aquellas NyA que concurren solas la posibilidad de identificar a una persona de confianza, que esté preparada para acompañarla cuando llegue el momento del trabajo de parto y el parto.

La asistencia, en el momento del nacimiento, debe ser brindada por personal especializado (médico obstetra y/o profesional de la obstetricia), que evaluará la vía de nacimiento, de acuerdo a las condiciones materno-fetales.

Considerando la decisión que la NyA haya tomado respecto de asumir o no la maternidad, el equipo de salud que asista el nacimiento debe respetar la voluntad de la NyA de acercamiento o no al recién nacido. Para ello, es requisito que todos los actores involucrados en el momento del parto o cesárea estén informados y con una actitud libre de prejuicios.

Se debe brindar acompañamiento psicosocial basado en el asesoramiento y la atención personalizada. En el caso de que la NyA haya optado por dar en adopción, se la debe asesorar acerca de cómo es el procedimiento y continuar con el acompañamiento. El equipo de salud interviniente realizará un informe integral sobre la decisión de la NyA, a fin de iniciar las actuaciones administrativas necesarias para agotar las instancias proteccionales y para resolver sobre declarar el Estado de Adoptabilidad del/de la recién nacido/a, manifestado por la adolescente.

Se recomienda que, de no mediar situaciones especiales, luego del nacimiento, la NyA permanezca hospitalizada, al menos, por 48 horas posparto normal o, al menos, por 72 horas poscesárea, lapso propicio para evaluar los aspectos clínico-obstétricos, psicológicos, el vínculo madre-hijo para las que decidieron maternar, brindar apoyo a la lactancia materna; o bien observar la adaptación biopsicosocial, luego de la decisión de dar en adopción, con inhibición farmacológica de la lactancia. Se evaluará en forma interdisciplinaria, con los profesionales obstetras, pediatras/neonatólogos, psicólogos, trabajadores sociales, el momento más adecuado para otorgar el alta hospitalaria de la NyA y planificar el regreso a su lugar de residencia y su reinserción familiar.

Se indica realizar una consulta obstétrica a los siete días del nacimiento, y entre las cuatro y las seis semanas para seguir la decisión tomada sobre la anticoncepción, si no tuvo anticoncepción antes del alta hospitalaria (ver “Consejería y Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico”); para evaluar la lactancia (en caso de haber continuado con la crianza y de tener la madurez física y emocional para llevarla a cabo); y para revisar las redes de apoyo familiar y social.

Un apartado especial se constituye cuando los NNYA deciden ejercer su rol parental. Se encuentra previsto en el artículo 644 del Código Civil y Comercial, que establece:

“Artículo 644. Progenitores Adolescentes. Los progenitores adolescentes, estén o no casados, ejercen la responsabilidad parental de sus hijos pudiendo decidir y realizar por sí mismos las tareas necesarias para su cuidado, educación y salud. Las personas que ejercen la responsabilidad parental de un progenitor adolescente que tenga un hijo bajo su cuidado pueden oponerse a la realización de actos que resulten perjudiciales para el niño; también pueden intervenir cuando el progenitor omite realizar las acciones necesarias para preservar su adecuado desarrollo. El consentimiento del progenitor adolescente debe integrarse con el asentimiento de cualquiera de sus propios progenitores si se trata de actos trascendentes para la vida del niño, como la decisión libre e informada de su adopción, intervenciones quirúrgicas que ponen en peligro su vida, u otros actos que pueden lesionar gravemente sus derechos. En caso de conflicto, el juez debe decidir a través del procedimiento más breve previsto por la ley local. La plena capacidad de uno de los progenitores no modifica este régimen”.

En primer lugar, esta norma establece por regla general que los/as progenitores/as adolescentes son responsables por sus hijos/os, sin importar si están o no casados. Las madres y padres adolescentes podrán tomar decisiones en las mismas condiciones que las personas adultas, en todos los casos que tengan que ver con el cuidado, la educación y la salud de sus hijos/as. Esta regla general contempla la ilegalidad del requerimiento de que personas adultas autoricen el alta después de una internación o nacimiento.

Referencias bibliográficas

ACOG (2016): “Immediate postpartum longacting reversible contraception”, **Committee opinion**, n° 670, agosto.

Beck, A. T.; Steer, R. A.; y Brown, G. K. (1993): **Beck Depression Inventory: Manual**, San Antonio, Psychological.

Binstock, G. y Gogna, M. (2014): “Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina”, en S. Cavenaghi y W. Cabella, (orgs.), **Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa**, Serie e-Investigaciones, n° 3, Río de Janeiro, ALAP, pp. 167-185.

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

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2016): **Niñas madres. Balance regional embarazo y maternidad forzada en América Latina y el Caribe**, Paraguay, CLADEM. Disponible en: <https://cladem.org/publicaciones/balance-regional-ninas-madres/>

Conde-Agudelo, A.; Belizán, J.; y Lammers, C. (2005): “Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study”, **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, n° 192, febrero, pp. 342-9.

FLASOG (2013). **Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología**. Federación Latinoamericana de obstetricia y Ginecología. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf

Gómez, P.; Molina, R.; y Zamberlin, N. (2011): **Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe**, Lima, FLASOG-PROMSEX.

Ipas (2018). **Actualizaciones clínicas en salud reproductiva**. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.. Disponible en <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Actualizaciones-clinicas-ensalud-reproductiva.aspx>

Malamitsi-Puchner, A.; Boutsikou, T. (2006): “Adolescent pregnancy and perinatal outcome”, **Pediatr Endocrinol Rev.**, n° 3, Supl. 1, enero, pp. 170-1.

Mendoza, B. y Saldivia, S. (2015): “Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje”, **Revista Médica de Chile**, vol. 143, pp. 887-894. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>.

Messina, A. (2017): “Consejerías en salud sexual y reproductiva de las mujeres. Herramienta para orientar el trabajo de los equipos de salud”, **Serie Documentos Técnicos**, n° 1, Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, abril.

Pantelides, E.; Fernández, M; y Marconi, É (2014): “Maternidad temprana en Argentina. Las madres menores de 15 años”, UNFPA-CENEP, CABA. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/272788016_Maternidad_temprana_en_la_Argentina_Las_madres_menores_de_15_anos.

Toporosi, S. (2018): **En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil**, Buenos Aires, Editorial Topia.

Zeledón, M. (2015): “La autonomía progresiva en la niñez y adolescencia”, **Revista Enfoque Jurídico**, 03 de marzo. Disponible en: <http://www.enfoquejuridico.info/wp/arcVIHos/2005>.

Guías, protocolos y otros documentos oficiales

CIDH (2011) Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos = Access to information on reproductive health from a human rights perspective. p.; cm. (OEA documentos oficiales; OEA Ser.L/V/II. Doc.61). (OAS official records; OEA Ser.L/V/II. Doc.61) ISBN 978 0 8270 5710 4

Ley 27.610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y atención posaborto. 2021.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la Adolescencia (2018): **Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional, CABA.**

Ministerio de Salud de Jujuy – UNICEF. (2017): **Protocolo para la atención del embarazo en menores de 15 años de edad.**

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021). Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ley 27.610. **Estándares legales para la atención de la interrupción del embarazo. Nota técnica N°3.**

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2019). Resolución 3158/2019. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. **Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.**

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (2018): **Regionalización perinatal en la Argentina: barreras, experiencias y avances en el proceso de regionalización perinatal**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2013): **Recomendaciones para la Práctica del Control Preconcepcional, prenatal y puerperal.**

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2018): **Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud.**

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2017): **Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas - Resumen ejecutivo.**

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. **Resolución 65/2015.**

OMS (2003a): Aborto sin riesgos. **Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud, Ginebra.**

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

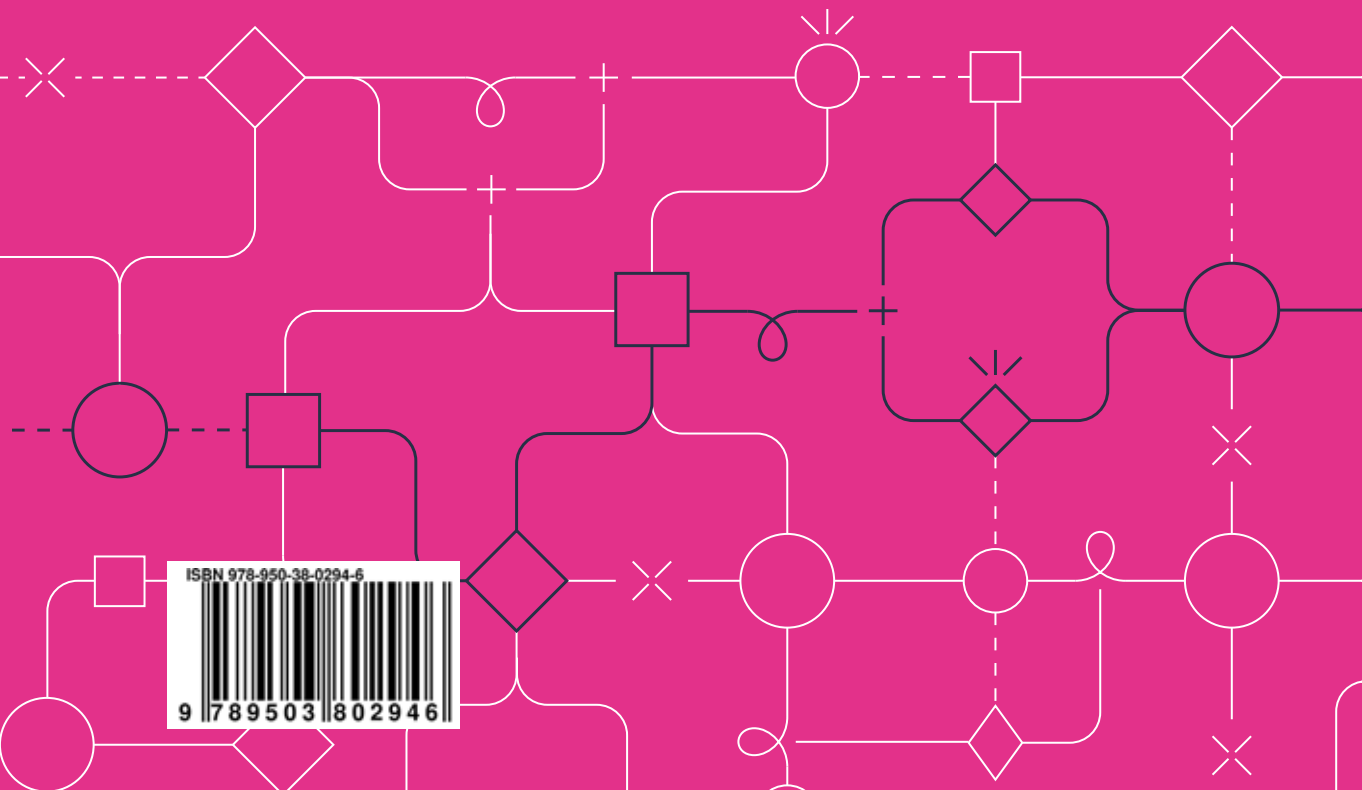
OMS (2014): **Manual de práctica clínica para un aborto seguro.**

OMS (2017): **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, Ginebra.**

ONU (2003/4): “Committee on the Rights of the Child”, General Comment, n° 4: **Adolescent Health and Development, 27 de Julio.**

OPS/OMS (2018): **Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo**, Washington.

UNICEF (2016): **Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos**, Buenos Aires.



ISBN 978-950-38-0294-6
9 789503 802946