

Título: Consentimiento informado para gestar y parir: una obligación médica desatendida en las niñas

Autores: Deza, Soledad - Álvarez, Adriana

Publicado en: DFyP 2019 (septiembre), 09/09/2019, 150

Cita Online: AR/DOC/2466/2019

Sumario: I. Trama política de la maternidad temprana.— II. Autonomía progresiva y derecho a decidir.— III. Palabras de cierre.— IV. Anexo.

(*)

(**)

La fecundidad de niñas y adolescentes se ubica en centro de un conflicto social mucho mayor que engloba —en la mayoría de las veces— situaciones de abuso sexual infantil, embarazo adolescente, maternidad forzada y roles de género que imponen planes de vida heterónomos, por fuera de cualquier posibilidad de desarrollo humano.

El embarazo en la vida de una niña no está sujeto a ningún proceso de consentimiento informado, a diferencia de lo que ocurre con la ILE —Interrupción Legal del Embarazo— prestación médica, cuya necesidad de ser consentida formalmente está ya instalada en el imaginario de efectores de salud. Sin embargo, consideramos que la naturalización del embarazo, parto y puerperio como signos constitutivos ineludibles en la vida de cualquier persona con útero, construye sentidos en el imaginario sanitario sobre la inexorabilidad de la reproducción en la vida fértil y, por lo mismo, dificulta advertir la condición de riesgo que estos eventos obstétricos imprimen en los cuerpos.

El arraigo incuestionable de la maternidad como destino del género femenino, facilita que en el campo sanitario se evite computar debidamente el revés de trama patriarcal que son las particularidades que depara una gestación en la vida de cualquier persona y con mayor gravedad en niñas y adolescentes.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre una obligación médica desatendida: la de requerir a niñas y adolescentes el consentimiento informado para llevar adelante un embarazo, gestar y parir (1).

I. Trama política de la maternidad temprana

Detrás del drama de las "niñas madres" hay una trama política fuertemente atravesada por estereotipos de género que han anudado de forma férrea la maternidad a lo femenino para naturalizar no solo el embarazo, sino el rol de madre como destino. A la sombra de estos estereotipos que cristalizan la violencia simbólica (2) de la obligación de gestar y parir en nuestras niñas, se desarrollan también las barreras burocráticas para el acceso al aborto permitido por la ley.

Esta trama política de maternidad como servicio público para niñas y adolescentes pobres tiene al menos tres protagonistas principales: los efectores de la salud, tanto desde sus lugares en instituciones asistenciales como desde sus lugares administrativos para la custodia de la política pública sanitaria; los integrantes del Poder Judicial y los operadores del derecho que de forma directa o indirecta intervienen en procesos sanitarios de niñas y adolescentes embarazadas; y los sectores religiosos institucionalizados o no, que luego de tomar conocimiento de estos casos, intentan abiertamente cifrar en esos cuerpos gestantes dogmas de fe que imponen la maternidad a cualquier costo, incluso la vida, la salud y el desarrollo humano de niñas y adolescentes.

La trama sanitaria. El equipo de salud, entendido en sentido amplio (3) y por ende compuesto por quienes prestan servicios sanitarios y quienes trabajan en un servicio de salud, nuclea a quienes tienen la facultad de facilitar u obstruir la autonomía progresiva de una niña que acude con un embarazo no intencional a una consulta.

Una niña o una adolescente embarazada tiene dos opciones: abortar o parir. Pero para que su autonomía no sea arrasada, niñas y adolescentes deben contar con la información adecuada, empática y ética —esto es completa, basada en evidencia científica y desprovista de cosmovisiones personales— de quienes la atienden cuando realiza una consulta de este tipo.

El Estado es garante del acceso a la salud en los tres subsectores: público, privado y de obras sociales. Por

ello, es imposible no computar que, en general, las obstrucciones al acceso a la ILE (interrupción legal de embarazo) se producen en el sistema público, donde la escasez de recursos materiales y simbólicos que atraviesa a la usuaria profundizará la desigualdad estructural con que arriba a la consulta de salud. De esta forma, el equipo de salud entreteje lo que llamamos la "trama sanitaria" de la maternidad forzada.

La trama judicial. A pesar de tener obligación de retraerse del campo sanitario por ser la fecundidad en la infancia y la adolescencia una cuestión francamente ajena a la administración de justicia (4), en ocasiones, los operadores del derecho indebidamente avanzan en atención sanitaria de una ILE y el solo hecho de que lo intervengan viola su autonomía. Pensamos que todo operador del derecho que interviene desde el Poder Judicial, por ejemplo, a propósito de participar de la investigación fiscal de un abuso sexual, donde la víctima es una niña y podría resultar o estar ya embarazada, debiera garantizar en alguno de los trayectos donde el abordaje interdisciplinario de las violencias sufridas se cristaliza en el proceso, que la niña encuentre la información sobre sus derechos frente a esta situación: esto es, que la víctima sepa que tiene tanto derecho a continuar, como a interrumpir un embarazo que pudiera surgir de ese delito que investiga.

Y respecto de las ILE que están en proceso de ser garantizadas en un servicio de salud, la injerencia del Poder Judicial suele darse de múltiples formas procesales y puede servir para desarticular la judicialización innecesaria de la vida sanitaria de una niña, acercándola "al disfrute del más alto nivel posible de salud" y custodiando que no sea "privada de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios", como manda la CDN; o puede ser funcional a la construcción de "barreras" sanitarias que alejen a la niña de toda justicia.

En todos los casos de injerencia indebida de magistrados/as para obstruir o dilatar una ILE en curso, el "interés superior del niño" es lo que los operadores dicen y sus cosmovisiones morales, éticas y religiosas de los operadores que se "cuelan" en la función pública, es lo que callan. A esta interferencia ilegal del campo del derecho en el campo de la atención de la salud, la llamamos la "trama judicial" de la maternidad temprana.

La trama confesional. "Las religiones han tenido, y continúan teniendo, un impacto determinante sobre las formas de regular el orden sexual. En particular el impacto del catolicismo en la región ha matizado al derecho sentando las fronteras entre lo legal e ilegal en relación con las identidades y prácticas vinculadas a la sexualidad. No resulta extraño, entonces, que las luchas por reformar derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción sea principalmente resistidas por la jerarquía religiosa en defensa de un orden moral restrictivo de la libertad y la diversidad sexual"(5). El aborto está en la agenda política de las jerarquías eclesásticas, pero estas no operan exclusivamente desde ese lugar visible, sino que también se expresan a través de otros actores estratégicos que se ubican en el campo social conformando grupos auto-convocados desde las religiones, pero con un discurso afín al derecho humano a la vida —se autoproclaman "pro-vida"— y es desde ese lugar del imaginario social, desde donde suelen "impugnar" cualquier tipo de autonomía sexual.

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

Analizaremos solo la trama sanitaria debido a que la "trama judicial" y la "trama confesional" forman parte de otro trabajo más profundo que excede el objetivo de este trabajo (6). Aunque las tres tramas se vinculan de manera ineludible, la formación confesional tanto en el ámbito médico como en el judicial es elocuente.

Desde tiempos inmemoriales, el saber médico ha monopolizado el discurso legítimo sobre el cuerpo: enfermedad, curación, higiene, reproducción y normalidad de la dimensión física del ser humano, son conceptos que vienen históricamente definidos desde la medicina. Desde la antropología médica se señala que "el sistema médico no solo se arroga el conocimiento verdadero sobre el ámbito de la corporalidad, sino que además, actúa como un poderoso sistema de socialización que exige conformidad respecto de su conceptualización del mundo

e impregna con sus imágenes y sus definiciones la cultura popular de las sociedades occidentales"[\(7\)](#).

En el modelo biomédico, la mirada del galeno —reproducida en escala en el mismo sistema médico— construye la idea de "salud" bajo parámetros biologicistas que interpretan la enfermedad como "desviación de la norma biológica"[\(8\)](#), por ello "curar" se identifica, en general, con la idea de normalizar o volver a la normalidad. Las ciencias de la salud —la medicina en mayor medida entre ellas— son una herramienta potente de disciplinamiento social y su impacto en el plan de vida de las personas será distinto según el modelo de atención que se promueva.

En la actualidad, nuestro sistema de atención sanitaria se encuentra en proceso de migrar desde un modelo biomédico —con preponderancia paternalista o asistencialista— hacia un modelo de atención integral enfocado en los derechos "que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención, que se traduce en las prácticas en tanto incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la noción de autonomía, equidad, ciudadanía, agencia moral y las necesidades en salud, según el ciclo de vida"[\(9\)](#).

II. Autonomía progresiva y derecho a decidir

"Competencia progresiva" o "autonomía progresiva" son conceptos propulsados desde la bioética que intentan significar la imposibilidad de evaluar las posibilidades de decidir con base en un criterio estático como puede ser la edad cronológica. Tomar decisiones libres y autónomas implica dejar de lado esas categorías inmutables que no son útiles en la atención de la salud, porque eluden valorar el grado de desarrollo emocional que tiene cada persona, al tiempo que crea una especie de niño o niña "genérico" que pocas veces encontramos en la vida real.

La CDN define a las niñas y los niños según sus atributos y sus derechos ante el Estado, la familia y la sociedad. No "por lo que les falta para ser adultos/as o lo que impide su desarrollo", ser niño o niña no es ser "menos adulto/a" dado que la niñez no es una etapa de preparación para la vida adulta. La infancia y la adolescencia son formas de ser de la persona y tienen igual valor que cualquier otra etapa de la vida. Configura un error identificar estas etapas como signadas por la dependencia y no como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía, personal, social y jurídica. En la concepción del niño y la niña como sujetos de derecho subyace, primeramente, la idea de igualdad jurídica, en el sentido de que todas las personas son destinatarias de las normas jurídicas y tienen capacidad de ser titulares de derechos, para luego acceder a fórmulas más perfectas como, la igualdad ante la ley o la igualdad en los derechos, que también son recogidas por la CDN.

El art. 5° de la CDN resolvió primeramente la situación al disponer que el ejercicio de los derechos del niño es progresivo en virtud de "la evolución de sus facultades" y que, a los padres o demás responsables en su caso, les corresponde impartir "orientación y dirección apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención". A su turno, al Estado le corresponde "respetar las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres" o de quien corresponda, asumiendo el principio de no injerencia arbitraria del Estado en la vida familiar reconocido en el art. 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y reafirmado por el art. 16 de la CDN. El principio de protección y promoción de la autonomía diseñado para niños, niñas y adolescentes se fundamenta en el derecho a desarrollar paulatinamente y a medida que sus posibilidades racionales se lo van permitiendo, el ejercicio de sus derechos.

Con la nueva legislación [\(10\)](#) existen tres etapas delimitadas en cuanto a la edad y distintas en cuanto a las posibilidades de acción que autorizan: la de menores de 13 años, la de mayores de 13 y menores de 16 años y la de mayores de 16 años.

La novedad es que se reconoce formalmente la categoría "adolescentes" con mayores posibilidades de autonomía que para las niñas, según el tipo de tratamiento; y que debe presumirse que tienen suficiente competencia para decidir actos médicos "que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física". Esta presunción de competencias suficientes con que cuentan los/as adolescentes es muy importante dado que autoriza a considerar que, dentro de esa franja etaria, toda niña está en condiciones de formarse un juicio propio acerca de lo que le ocurre en su cuerpo y de decidir

libremente sobre qué desea para sí.

Respecto de las niñas menores de 13 años, si bien la regla es que sus decisiones son representadas — subrogadas— por sus progenitores, ello nunca autoriza a ignorar su opinión, incluso en algunos casos por su autonomía puede ser tomada por ellas. El nuevo sistema de protección de las personas menores de edad y en general de las personas con capacidades restringidas tiene como objetivo fortalecer el protagonismo de la persona sobre el diseño de su propia biografía y por ello diseña un sistema de apoyos destinados a apuntalar la toma de decisiones, no a reemplazarla.

Una atención sanitaria enmarcada en el modelo integral indagará los datos biográficos de la propia niña para testear qué nivel de madurez tiene —lo que excede la constatación de la edad— e impone evaluar las potencialidades de la niña en su contexto. Es posible que una niña que haya pasado los últimos 7 (siete) años de su vida con leucemia, o con alguna patología crónica similar, tenga más herramientas para decidir por sí si acepta o rechaza un tratamiento propuesto que una niña de la misma edad que por primera vez enfrenta a al mismo diagnóstico. Ambas pueden tener la misma edad, pero llegan de manera distinta a esa consulta y su autonomía ha progresado en el campo de las decisiones médicas con distinta intensidad por la convivencia con la enfermedad y la familiaridad con distintas alternativas terapéuticas.

El mismo art. 26 marca una excepción a la regla cuando establece: "No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico". Y es que una correcta interpretación del concepto de "autonomía progresiva" nos conduce a notarlo abierto en su esencia, esto quiere decir flexible para no predisponer una aplicación mecánica de un mismo criterio para todos los casos. Debe ser permeable a las circunstancias específicas que se presenten en atención al grado de madurez que presente cada paciente.

Sostener lo contrario implicaría un recorrido circular para volver al mismo punto de partida —sistema de la codificación anterior— donde continuaría siendo la edad cronológica la única referencia, en vez de favorecer el desarrollo de la autonomía en el marco de un abordaje integral de la atención de su salud, preferentemente interdisciplinario, que genere condiciones compatibles para desenfocarse de criterios estrictamente orgánicos.

Esto último, sin perjuicio de que aún para el caso de una niña de 10, 11 o 12 años el solo dato orgánico o biologicista de un embarazo sería suficiente dato para que un/a profesional de la salud pueda reconocerla como sujeto moral autónomo capaz de decidir cómo impacta en su vida, de qué forma incide en su salud y si está o no dispuesta a afrontar los riesgos de un embarazo y de un parto.

Finalmente, el Cód. Civ. y Com. reconoce que a partir de los 16 años la persona es considerada como adulto/a para tomar decisiones sobre el cuidado de su propio cuerpo. Sin embargo, por los postulados de la CDN consideramos que hasta los 18 años deben considerarse adolescentes a los fines del consentimiento informado para embarazo y parto, toda persona gestante, por el principio de especialidad que les cabe. Ello, en orden a que carecería de lógica propugnar la aplicación de la CDN para el embrión sin ningún tipo de fundamento normativo o jurisprudencial, y desconocer lo que efectivamente esta Convención intenta proteger que es la vida y el desarrollo humano de todas las personas menores de edad que se encuentran en pleno desarrollo y no son consideradas adultas por la protección especial que les cabe.

Independientemente de estas valiosas categorías que regulan en la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes para tratamientos médicos, postulamos que por la particularidad de los riesgos científicamente comprobados que tiene el proceso biológico de gestación en la vida de niñas menores de 18, el Consentimiento Informado para gestar y parir debe ser recabado en toda persona gestante menor de edad, independientemente de que existan formalidades diferentes en el proceso según la usuaria tenga menos de 13 años, entre 13 y 16 años o bien, sea mayor de 16 años.

De hecho consideramos que toda persona —no solo niñas y adolescentes— debieran ser informadas sobre los riesgos de un embarazo, aunque por la evidencia científica contundente de las consecuencias que apareja en la salud la maternidad temprana [\(11\)](#) y a los índices alarmantes de nacidos vivos con madres menores de edad, nos avocamos exclusivamente este caso.

El funcionamiento de la autonomía progresiva significa un gran avance, dado que privilegia la autonomía

individual del sujeto por sobre la autoridad parental. Más allá de la proyección a otras áreas de la salud y de los derechos personalísimos, la determinación de la edad indicada tuvo en consideración la necesidad de proporcionar a los/as chicos/as respaldo jurídico para el ejercicio de su autonomía personal en materia de salud sexual y reproductiva —algo ya establecido en el ámbito de la bioética y discutido en la jurisprudencia occidental a partir del conocido caso "Gillick"[\(12\)](#) fallado en 1985 por la Cámara de los Lores de Gran Bretaña, que posibilitaba a menores de edad para requerir información y asistencia fuera de la mirada censuradora de los/as progenitores/as [\(13\)](#) —.

Embarazo y maternidad son dos cuestiones sobre las que difícilmente una niña no pueda hacerse un juicio moral propio acerca de las implicancias que tiene una u otra circunstancia para su vida personal. Lo que variará hasta los 16 años es que antes necesitará siempre un sistema de apoyo para consentir informadamente continuar con un embarazo —por su carácter invasivo— y una vez cumplidos los 16 años, la niña podrá consentir sola. Distinta es la situación frente a la ILE, que contiene una casuística diferente debido a que el aborto no se considera riesgoso en su alternativa terapéutica farmacológica y, por lo mismo, se presume que una niña de entre 13 y 16 años puede no solo decidir, sino también consentirlo de manera personal siguiendo legislación vigente [\(14\)](#).

II.1. Un embarazo es "invasivo"

Encontramos diferentes posibilidades de decidir y consentir actos médicos en niñas, según la edad y según resulten los tratamientos "invasivos" y "no invasivos".

La res. 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación que interpretó los alcances del art. 26 en cuanto al criterio de "invasividad" en situaciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva, no incluyó el embarazo como proceso biológico y orgánico a considerar. Posiblemente porque aún para las expertas este proceso tan naturalizado en la vida de toda persona con capacidad biológica de gestar se ocultó a la hora de pensarlo en niñas, pero no porque no depare riesgos —y muy severos— en la vida de toda mujer. Sin embargo, en el punto 2.2 del Anexo indica: "El criterio de invasividad utilizado por el art. 26 Cód. Civ. y Com. debe leerse como tratamientos de gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud (...) La evaluación del riesgo de las prácticas sanitarias debe realizarse con base en la evidencia científica que contemple diversos aspectos de la salud integral. El riesgo de una práctica sanitaria es generalmente definido como la probabilidad de que produzca un resultado adverso o como un factor que aumenta esa probabilidad".

Si bien el embarazo en sí mismo puede no verse como una "práctica" que pueda ser calificada de invasiva o no invasiva [\(15\)](#), la atención clínica de este proceso biológico complejo en la vida de las personas ha sido señalada como indispensable para la reducción de la muerte materna en todas las edades. Entonces, frente a la constatación del estado de gravidez en una niña o adolescente las prestaciones que, por las particularidades de los riesgos constatados científicamente en su salud, la atención clínica que se brinde —orientada a fomentar la autonomía progresiva y decidir llevar o no a término ese proceso— debe contemplar ese riesgo. De hecho, pensamos que acompañar un embarazo en la infancia temprana y en la adolescencia supone una atención obstétrica invasiva, en tanto consiste en brindar un tratamiento médico dirigido a un parto o cesárea, ambas prestaciones médicas invasivas. Por ello, el uso de la categoría de "invasividad" del Código para connotar la atención clínica de un embarazo y un parto que es posible no lleguen a ser considerados en sí mismos "tratamientos médicos invasivos" por la naturalización social de estos eventos obstétricos que pasa por alto la evidencia científica contraria.

Para la Organización Mundial de la Salud durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado [\(16\)](#). Cada día, en el mundo, mueren casi 830 mujeres de complicaciones del embarazo y el parto. En los países en desarrollo, los trastornos relacionados con el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte de las mujeres en edad de procrear (tras la infección por el VIH/sida) [\(17\)](#). Existen cinco causas principales de muerte de la mujer durante el embarazo y el parto, las principales causas de muerte de la mujer durante el embarazo y el parto son cinco: hemorragias graves, infecciones, abortos peligrosos, trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia) y afecciones médicas que complican el

embarazo o se ven complicadas por él, como las cardiopatías, la diabetes o la infección por VIH/sida (18).

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

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto (19).

Cada año se producen en el mundo más de 135 millones de partos. Se calcula que unos 20 millones presentan complicaciones posteriores relacionadas con el embarazo. La lista de enfermedades es larga y diversa; por ejemplo, cuadro séptico, anemia, fístulas, incontinencia, esterilidad y depresión (20). La salud materna refleja las diferencias entre ricos y pobres. De todas las muertes maternas, menos del 1% corresponde a los países de ingresos elevados. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacimientos, frente al 12 por 100 000 en los países desarrollados (21).

En el año 2018, la Presidencia de la Nación elaboró un informe técnico sobre la situación de Argentina frente a los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) y respecto la imposibilidad de disminuir la muerte materna y las complejidades que tiene el embarazo en la infancia y la adolescencia indicó "existe un acuerdo sustancial en la literatura de que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz muy temprano en su vida reproductiva están sujetas a un mayor riesgo de complicaciones o incluso la muerte durante el embarazo y el parto y sus hijos también son más vulnerables. Por lo tanto, prevenir los nacimientos tempranos en la vida de una mujer es una medida importante para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil. Además, las mujeres que tienen hijos a temprana edad experimentan una reducción de sus oportunidades de mejora socioeconómica, sobre todo porque es poco probable que las madres jóvenes continúen estudiando y, si necesitan trabajar, pueden encontrar especialmente difícil combinar las responsabilidades familiares y laborales. La tasa de natalidad entre las adolescentes también proporciona evidencia indirecta sobre el acceso a los servicios de salud ya que los jóvenes, y en particular las mujeres adolescentes solteras, a menudo experimentan dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva" (22).

II.2. El drama del embarazo en la infancia y adolescencia

Si analizamos las cifras de la fecundidad en la adolescencia, Argentina se ubica actualmente por encima del promedio mundial que se estima en 65,6 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, pero por debajo de la media de América Latina y el Caribe, de 79 por mil (23). Entre los países de la región, la fecundidad adolescente de Argentina supera la de Uruguay —que asciende a 60 por mil—, la de Chile que es de 51 por mil y la de Brasil que se ubica en 56 por mil; y está por debajo de la de Bolivia que es de 89 por mil y la de Colombia que alcanza 96 por mil (24).

En la adolescencia temprana (menores de 15 años) son nueve las provincias en las que la cantidad de bebés nacidos de niñas de 10 a 14 años aumentó de un año al otro en el año 2017. Según declaraciones públicas de Diana Fariña, Directora de Maternidad e Infancia de la Secretaría de Salud de la Nación, Buenos Aires fue la provincia que registró la suba más alta, cercana al 53% (de 387 a 591, casi dos tercios en partidos del GBA); Corrientes (de 115 a 123, 11%); Chubut (26 a 28, 7,7%), La Rioja (16 a 21, 23,8%), Salta (191 a 192, 0,52%), Santa Cruz (16 a 24, 33%), Santa Fe (244 a 257, 5%), Santiago del Estero (88 a 103, 14,5%) y Tucumán (132 a 137, 3,64%) (25). En nuestro país, el mayor porcentaje de embarazos adolescentes se observa en las provincias del norte del país. Tucumán tiene una tasa de 19,4 % de nacidos vivos con madres menores de edad, Santiago y Catamarca una tasa del 20%, Chaco y Formosa una tasa del 24%, Salta una tasa del 22% y Misiones una tasa del 23%. En el otro extremo, con un 14% de nacidos vivos con madres menores de 19 años, se encuentra la Ciudad de Buenos Aires (26).

Respecto a la salud, y comparadas con mujeres de 20 a 24 años, las niñas madres menores de 15 años corren

más riesgo de muerte en el embarazo, mayor riesgo de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos), mayor riesgo de parto pre-término (antes de las 27 semanas de gestación), mayor riesgo de mortalidad perinatal, mayor riesgo de eclampsia (convulsiones), mayor riesgo de hemorragia posparto y mayor riesgo de infección endometrial [\(27\)](#).

Un estudio de Pantelides, Fernández y Marconi, publicado en el año 2014, muestra que el 12,8% de las niñas menores de 15 años tuvo un parto pre-término, mientras que esa cifra disminuye al 9,2% de adolescentes entre 15 y 19 años y el 8,2% de mujeres de 20 años y más. Un dato significativo se refiere a la tasa de mortalidad infantil, definida como la que indica las muertes de menores de un año por cada 1000 nacimientos. Esta tasa se observó en un 24,4% en grupos de madres menores de 15 años; 13,9% en grupos de madres de 15 a 19 años, y 9,3% en grupos de madres mayores a 20 años [\(28\)](#).

Mientras que la tasa de mortalidad infantil de niños nacidos de madres mayores de 20 años es de 9,3 por mil; para el rango de madres entre 15 y 19 es de 13, 9 por mil, y se eleva a 24, 4 por mil en las madres menores de 15 años [\(29\)](#).

Al computar el derecho al desarrollo humano que tienen las niñas y adolescentes (art. 27 de la CDN), vale la pena destacar que la maternidad en la adolescencia es más frecuente en niñas en situación de vulnerabilidad que tienen menor nivel educativo y, por ello, una ciudadanía más debilitada. Según la Encuesta sobre Condiciones de Niñez y Adolescencia elaborada por UNICEF en el año 2013, casi un cuarto de las madres adolescentes no llegó a terminar la educación primaria [\(30\)](#). Un trabajo realizado por Gogna y Binstock en cuatro provincias de la Argentina (Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Provincia de Buenos Aires), que tuvo como objetivo principal estudiar los factores asociados a la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia y su repetición, evidenció como hallazgo relevante que el 85% de las adolescentes embarazadas no completó el secundario durante el primer embarazo y el 94% durante el segundo embarazo [\(31\)](#).

En Argentina interrumpir un embarazo producto de una violación o que ponga en riesgo la salud o la vida de la persona gestante es una opción legal desde 1921. Bajo un sistema denominado de "permisos" o "causales", la ley penal ha excluido la punibilidad de estos abortos y la Corte Suprema de Justicia en el Fallo conocido como "F.A.L." aclaró que la prestación médica es "legal en tanto que despenalizada" [\(32\)](#). En el caso de niñas y adolescentes las estadísticas evidencian que los riesgos de llevar adelante un embarazo son mayores para su salud por su edad, con lo cual abortar en el caso de niñas y adolescentes sería una opción legal en lo que se conoce coloquialmente como "causal salud" (art. 86 inc. 1° del Cód. Penal); y haciendo pivot también en la edad, sería una alternativa terapéutica lícita para los casos conocidos como "causal violación" en orden a que en muchas oportunidades esos embarazos provienen de situaciones [\(33\)](#) que anulan el consentimiento para la relación sexual (art. 86 inc. 2° del Cód. Penal). Es decir, ya que se considere el riesgo que un embarazo tiene para la salud a edad temprana o que se considere que el carácter forzado del embarazo, toda niña y adolescente siempre tiene el derecho de abortar.

El Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2015 indica: "El derecho a recibir información completa implica la obligación de las/ los profesionales de la salud de dar a conocer a la víctima todas las prácticas elegibles en su situación. Esto incluye la anticoncepción de emergencia y, en caso de que se encuentre embarazada, la información sobre la legalidad del aborto y la posibilidad de acceso a la práctica. Debe quedar constancia en la Historia Clínica (HC) de que la/el profesional de la salud proveyó esta información (ley 26.529, dec. reglamentario 1089/2012, art. 2°, inc. f)" [\(34\)](#). Solo cuando las niñas saben que pueden —porque es su derecho— interrumpir un embarazo, podrán elegir qué es mejor para sí. Si desconocen la legalidad del aborto en su situación, esa opción jamás estará en su imaginario de posibilidades.

Según un informe de CLADEM llamado "Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina", en el año 2014, 3007 niñas menores de 14 años fueron madres. Esto equivale a 1 niña madre cada 3 horas [\(35\)](#).

¿Qué duda puede haber acerca del carácter invasivo que representa una gestación y un parto en la vida de una niña o una adolescente? ¿Con base en qué criterio médico es que se debe consentir la interrupción de un embarazo y no su continuación o el parto, si en ambos casos existe riesgo científicamente comprobado en la

vida de niñas y adolescentes? Independientemente de la cosmovisión moral o religiosa del profesional de la salud que detecte un embarazo en una niña o en una adolescente, es claro que este "como estado de salud" [art. 59 inc. a) del Cód. Civ. y Com.] debe ser comunicado a la usuaria junto con las dos alternativas terapéuticas (art. 3° del decreto que reglamenta la ley 26.529 y art. 59 inc. a) del Cód. Civ. y Com.) que habilita la gestación y el parto como eventos obstétricos de riesgo para la vida de esa paciente: la posibilidad de continuarlo o bien de interrumpirlo. En ambos casos, por la evidencia científica disponible acerca de los riesgos que irroga para la salud de la persona gestante (art. 59 inc. d) del Cód. Civ. y Com.), y con especial foco los riesgos que produce en la vida de las niñas y adolescentes, el avance del embarazo como proceso dirigido a lograr un parto, debe ser consentido por cada niña y adolescente, con el sistema de apoyo que la ley asegura en orden a la invasividad que ambos componen.

Sin esta información ninguna persona estaría en condiciones de decidir —consentir— llevar adelante un embarazo y, por ello, la necesidad de dejar constancia en la historia clínica de que se brindó esa información que documenta clínicamente la atención gineco-obstétrica de toda niña y adolescente.

Distinto es el caso de decidir una ILE, en donde la evidencia científica —incluida la Organización Mundial de la Salud— indica que existen abortos sin riesgos (36) que autorizan a todo/a profesional de la salud a considerar —en sintonía con el art. 26 del Cód. Civ. y Com.— que los peligros de la interrupción de ninguna forma se asimilan a los de un embarazo y un parto para una niña y una adolescente; y por esta misma razón, es que la legislación presume —y el Ministerio de Salud lo avala con su res. 65— que cualquier niña mayor de 13 años podrá decidir sola una alternativa terapéutica no invasiva para abortar.

II.3. "Consentimiento informado" para gestar y parir

Se encuentra favorablemente instalada ya en la atención clínica de toda vivencia sanitaria la necesidad de contar con un consentimiento informado para acceder a una interrupción legal de embarazo. Sin embargo, tanto el embarazo, como el parto o la cesárea están absolutamente naturalizados de tal forma en la vida de personas con capacidad de gestar que no se suele informar los riesgos que este proceso biológico tiene en la vida de cualquier persona llevar a término un embarazo y luego parir; e incluso en el caso de niñas y adolescentes donde la evidencia científica es transparente en el incremento de estos riesgos en la vida y la salud, un útero lleno no suele ser signo de alarma para el personal sanitario.

Sostenemos que al igual que se recaba el consentimiento informado para una interrupción de un embarazo, el personal de salud tiene obligación de recabar un consentimiento para gestar y parir. Esta práctica que permea desde la bioética para garantizar a cada usuario/a una toma de decisión libre respecto de cualquier patología —solo posible cuando circula la información confiable y veraz— fue primero reconocida por la Jurisprudencia y luego receptada por la ley (37).

En sintonía con los arts. 26 y 59 del Cód. Civ. y Com. y con la ley 26.529, el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a Interrumpir Legalmente un embarazo trae inserto un formulario que puede usarse y/o servir de guía para el caso, junto a una declaración jurada en casos de que el embarazo provenga de un abuso sexual. Sin embargo, es oportuno recordar que el Consentimiento Informado es un proceso (38) en el marco del cual el/la facultativo/a pone a disposición de la paciente toda la información que ella necesita de acuerdo con su consulta y contribuye así a la toma de decisión autorreferencial de parte de la paciente (39).

En el marco de una consulta embarazo toda niña o adolescente tiene derecho a ser informada sobre su diagnóstico, su pronóstico, sus alternativas terapéuticas, los riesgos, las molestias, los perjuicios y ventajas de cada una y a recibir toda la información "de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos"(40). Esta información debe incluir aquellas cifras que se refieren al "drama"(41) del embarazo adolescente y, además, debe comprender todas las implicancias —con evidencia científica— que tiene una gestación y un parto en ese cuerpo aún no desarrollado. Sobre todo aquellos que dan cuenta de que en los países en desarrollo, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en adolescentes menores de 16 años (42).

Si consideramos las estadísticas del punto II.3 de este trabajo sobre las implicancias dramáticas del

embarazo adolescente; y tomando en cuenta también los riesgos que supone llevar a término un evento obstétrico de estas características para la vida y la salud integral de este grupo etario, es factible advertir que al igual que se recaba el consentimiento para abortar, también es necesario recabar un consentimiento (debidamente informado) para continuar la gestación y parir.

Los grandes síndromes obstétricos abarcan un espectro de complicaciones del embarazo incluyendo preeclampsia, bajo peso para la edad gestacional, parto prematuro, ruptura prematura de membranas prematuras, aborto espontáneo tardío y desprendimiento de la placenta. Todos estos trastornos se caracterizan por una remodelación vascular restringida en el lecho placentario y la presencia de lesiones obstructivas en el segmento miometrial de las arterias espirales útero-placentarias. En conjunto, la evidencia epidemiológica de un mayor riesgo de grandes síndromes obstétricos en embarazos de adolescentes es abrumadora. Por ejemplo, según el análisis del Registro Médico de Nacimientos de Suecia, Olausson et al. demostraron una correlación inversa entre la incidencia de partos muy prematuros (=32 semanas) y el aumento de la edad materna, disminuyendo del 5,9% en madres muy jóvenes de 13 a 15 años al 2,5%, 1,7% y 1,1% en mujeres de 16 a 17 años, 18 a 19 años y 20 a 24 años, respectivamente. En comparación con las madres de 20 a 24 años, las razones de probabilidad de muerte fetal tardía y mortalidad infantil entre las madres de 13 a 15 años fueron de 2,7 y 2,6, respectivamente. Nuevamente, los riesgos ajustados disminuyeron con la edad, lo que indica que la mortalidad neonatal en mujeres muy jóvenes se explica en gran medida por el aumento de las tasas de nacimientos prematuros (43).

Conde-Agudelo, Belizán y Lammers analizaron los datos del Sistema Informático Perinatal de América Latina del período de 1983 a 2003. En el análisis se controlaron 16 factores de salud y socio-demográficos, y constataron que las madres más jóvenes tuvieron peores resultados. Las niñas de 15 años o menos tenían una probabilidad cuatro veces mayor de mortalidad materna al comparar con el grupo etario de 20 a 24 años. También se detectó una probabilidad cuatro veces mayor de endometritis puerperal, 60% más probabilidad de eclampsia (pero no de manera significativa) y de hemorragia posparto, y 40% más probabilidad de anemia. Al comparar con los hijos de madres de 20-24 años, aquellos nacidos de madres de 15 años de edad o menos tenían una probabilidad 60% mayor de tener bajo peso al nacer o de ser prematuros; y una probabilidad ajustada 50% mayor de nacer pequeños para su edad gestacional y de muerte neonatal temprana (44).

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 (45).

Posiblemente, la naturalización de la maternidad, asociada indefectiblemente con lo femenino y la construcción a lo largo del tiempo —siglos— de un estereotipo que reafirma con la maternidad como destino un rol de género para todas las mujeres, son dos factores que contribuyeron erradamente a que desde la medicina se considere el hecho de parir como un evento obstétrico sin riesgos. La inercia cultural de asociar útero lleno u ocupado con maternidad permite, en el imaginario de los efectores de la salud, que un evento obstétrico que es riesgoso para la vida y salud de una niña pierda así el carácter de proceso orgánico de riesgo, que obliga al personal de la salud a extremar la información sanitaria que brinda y a recabar el consentimiento para exponerse o no a ese proceso.

Reflexionar acerca de la autonomía progresiva impone computar con perspectiva de género dos cuestiones. Por un lado, que la relación sanitaria es per se asimétrica en términos de poder y un modelo históricamente paternalista basado en la beneficencia y no en la autonomía, suele subtitular lo que es mejor para la paciente, en vez de promover decisiones libres y autónomas. En segundo lugar, es importante computar que toda niña forma parte de un grupo vulnerable que puede, además, superponer varias capas de vulnerabilidades en ella (46) y que requiere del profesional el compromiso ético con el bienestar general y con la obligación de no causarle un daño, más que con la satisfacción auto-referente de mantener indemnes sus propios prejuicios o intuiciones morales.

La identificación social del proceso de gestar y del acto de parir como eventos indefectibles —casi normalizadores— en la vida de un género, condujo al personal de salud —y también a operadores del derecho— a omitir computar dentro de la documentación clínica indispensable que respalda la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio, un consentimiento informado que tome nota y registre debidamente los riesgos que

connotan un parto o un embarazo en la salud integral de niñas y adolescentes. Sin embargo, esta práctica debe desarticularse y la construcción de sentidos en esta dirección, sin dudas, es tarea compartida de ambos operadores del derecho a la salud: efectores y abogados/as.

Entonces, frente a una niña o adolescente embarazada es ineludible que el profesional le haga saber cómo incide —según la evidencia científica— en su salud física, psíquica y social un embarazo y un parto o cesárea. Y si no se registra en la historia clínica una explicación previa sobre el tema, orientada a promover una elección libre e informada, no puede reputarse que hay consentimiento para esa maternidad —cuadro clínico especial en niñas— que puede costarle su salud o su vida. Por ello, "el profesional tratante deberá registrar en la historia clínica del paciente que la información sanitaria se suministró"[\(47\)](#).

Será tarea de el/la profesional garantizar la participación de la niña y garantizar su auto-determinación como sujeto moral, poniendo a disposición información para la toma de decisiones libres [\(48\)](#).

II.4. Alcen las "barreras" para que pase la farolera [\(49\)](#)

Una de las formas de imponer la maternidad forzada en niñas, además de evitar brindar información sanitaria sobre los riesgos de la gestación, la incidencia de este proceso y el parto en la muerte materna y las secuelas que deja en la salud un embarazo temprano es utilizar la documentación clínica como un obstáculo en vez de como una forma de protección.

El consentimiento informado para la ILE jamás puede volverse un obstáculo para la autonomía de una persona, y mucho menos erigirse en una barrera para el acceso a la salud; puesto que así se estaría profundizando la vulnerabilidad de una niña bajo la falsa fachada de protección de sus derechos. No puede un instituto creado para protección convertirse en un instrumento para negar o dilatar derechos.

En el caso de "Lucía"[\(50\)](#) existía un problema con la guarda legal de la niña y, aunque su voluntad de abortar fue inequívoca desde el inicio de la atención sanitaria (5 semanas antes de acceder a la ILE), el Sistema Provincial de Salud se excusó indebidamente en "problemas con el consentimiento", la "solicitud de consentimiento" y la "firma del consentimiento"[\(51\)](#) desvirtuando así —en perjuicio de la niña— un instituto legal que busca precisamente lo contrario: afianzar la decisión de todo sujeto moral autónomo con grado de madurez suficiente para entender qué significa determinada circunstancia sanitaria en su vida —en este caso un embarazo— y decidir qué es lo mejor para sí, de acuerdo con su propio sistema de valores, pero por sobre todo, sabiendo la verdad.

La CS en el fallo "F. A. L." se refiere en tres oportunidades a las barreras médico-burocráticas que se predisponen indebidamente para el acceso al aborto. En dos de ellas, describe conductas afines a este concepto y en la tercera, exhorta a las Provincias a remover este tipo de comportamiento obstaculizador del acceso a la salud al que califica de ilegal y violento en términos institucionales.

La primera referencia a la idea de "barrera" está al pedido de dictámenes o intervenciones de Comités —de Ética o Bioética es lo más usual— y de consultas e interconsultas. Y el Tribunal aclaró que "descartada la posibilidad de una persecución penal para quienes realicen las prácticas médicas en supuestos como los examinados en autos, la insistencia en conductas como la señalada no puede sino ser considerada como una barrera al acceso a los servicios de salud, debiendo responder sus autores por las consecuencias penales y de otra índole que pudiera traer aparejado su obrar". También aclara que este tipo de accionar médico dilatorio "lleva ínsita la potencialidad de una prohibición implícita y por tanto contra legem (...) y puede ser considerada, en sí misma, un acto de violencia institucional"[\(52\)](#). El sentido aquí es advertir al equipo de salud que la exigencia de requisitos no exigibles, o la creación de un circuito interno que lentifique una prestación médica cuya urgencia corre en paralelo con el avance de la edad gestacional, se traduce en una praxis ilegal y violenta a la vez.

La segunda oportunidad en que la CS se refiere a la idea de "barreras" se refiere a aquellas que se construyen en sociedad con el poder judicial o policial, exigiendo como condición para el acceso a la ILE diligencias procesales que nada tienen que ver con el acceso a la salud. Es contundente y señala que "la exigencia de que las víctimas de violación, para calificar para el aborto, tengan que elevar cargos contra su agresor, obtener informaciones policiales, requerir autorización de un tribunal o satisfacer cualquier otro

requisito que no sea médicamente necesario, puede transformarse en una barrera que desaliente a quienes tienen expectativas legítimas de buscar servicios sin riesgos y en forma temprana"⁽⁵³⁾. Finalmente, exhorta a "remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos. En particular, deberán: contemplar pautas que garanticen la información y la confidencialidad a la solicitante; evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencia para la salud de la solicitante los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida"⁽⁵⁴⁾.

Los últimos casos de niñas que tomaron estado público dejan entrever un denominador común: son niñas víctimas de abuso sexual, con edades gestacionales avanzadas y detectadas tardíamente por el Sistema de Salud; y si bien accedieron a la posibilidad de interrumpir su gestación, en algunos casos, al haberse dado un nacimiento con vida, no hubo técnicamente un aborto.

Y con ello aclaramos que no compartimos el criterio últimamente instalado en algún sector del movimiento de mujeres ⁽⁵⁵⁾ que sostiene que la existencia de un aborto o una ILE se excluya con la alternativa terapéutica de una cesárea o microcesárea —si es elegida por la niña, con el sistema de apoyos que la ley le asegura— sino que si se escoge una microcesárea como proceso quirúrgico a través del cual realizar un aborto permitido por la ley, el/la profesional que intervenga debe evitar dilaciones innecesarias que favorezcan la viabilidad fetal y sean capaces de provocar un nacimiento con vida. Y si la edad gestacional con que llega la niña a un servicio de salud es avanzada y hay un feto de edad gestacional avanzada, el/la profesional debe extremar los recaudos médicos necesarios para evitar desarrollar farmacológicamente la vida en gestación e interrumpirla de forma previa a la realización de la cirugía. Con este curso de acción terapéutica se asegura un aborto y se evita un alumbramiento con vida, ya que en este último caso se habrá violado la autonomía de la niña.

Es esencial que aquellos profesionales de la salud que forman parte de la "trama sanitaria" que no acuerda moralmente con la decisión de una niña de poner fin a su embarazo, tengan la ética suficiente para respetar el principio de no maleficencia. Porque si bien la legislación no obliga a nadie a abortar, tampoco obliga a una niña a parir. Mientras que la *lex artis* que rige el ejercicio de la medicina indica como inexcusable la obligación de respetar la autonomía y abstenerse de dañar a sus pacientes.

Como también resulta indispensable que todos/as los/as profesionales de la salud brinden información completa a sus pacientes embarazadas y en especial, si son niñas, les cuenten aquellos datos sobre los peligros y riesgos que irroga el embarazo, el parto y el puerperio en una maternidad temprana —con base en la evidencia científica— para que ellas puedan ser las verdaderas protagonistas de la maternidad si eligen afrontarlos; o de su aborto, si deciden no tomar esos riesgos.

Porque si algo tiene un embarazo, un parto o una cesárea en la vida de una niña es que, sea que provenga de una relación sexual consentida o no, siempre será un riesgo para su vida y su salud. Por lo cual sea en el inc. 1° o en el 2 del art. 86 del Cód. Penal, decidir abortar será siempre su derecho y una alternativa terapéutica que todo profesional deberá poner a disposición.

III. Palabras de cierre

Si bien el embarazo y el parto, como procesos biológicos de riesgo, debieran ser informados sanitariamente y consentidos por toda persona con capacidad de gestar, independientemente de su edad cronológica, nos centramos en este trabajo en las niñas en orden a la profusa evidencia científica que existe sobre los riesgos de estos eventos obstétricos en la edad temprana y de allí, la urgencia en el abordaje de esta problemática.

Una niña no es un inciso de un artículo del Código Penal, un supuesto del Código Civil o una interpretación de la Corte Interamericana. Una niña tampoco es un útero vacío u ocupado, ni una cifra en una estadística de vida o muerte. Una niña es una sujeta de derechos que, para tener una ciudadanía plena, precisa de acciones estatales que le habiliten su soberanía sexual.

Una niña embarazada es una niña a quien el Estado no pudo asegurarle educación sexual integral y una vida libre de violencias. Pero, por sobre todo, una niña embarazada es una usuaria de Servicios de Salud que tiene 2

opciones para atemperar ese abandono estatal: puede decidir abortar y esa alternativa terapéutica será siempre lícita por ser niña; o bien, puede decidir continuar su embarazo y parir.

En ambos casos, deberá a través de ese proceso de consentimiento informado que le asegurará una decisión lo más libre posible sobre sus desafortunadas opciones de vida o de muerte. Porque un embarazo —tanto como un aborto inseguro en la clandestinidad— puede generar la muerte o la afección grave de la salud permanente o transitoria de una niña. Un riesgo que todo profesional tiene la obligación de computar y de hacer comprender a su paciente, para que luego de recibir información con el sistema de apoyo pertinente según la edad, pueda — como protagonista única de su auto biografía sanitaria— decidir libremente si toma o no ese riesgo.

Nuestros servicios de salud están llamados a revisar las prácticas y a recoger las evidencias científicas sobre los riesgos del embarazo y el parto en la infancia y adolescencia, para así desnaturalizar la maternidad como destino y comenzar a verla como lo que es: un proceso orgánico riesgoso que, como tal, necesita ser conocido y consentido por cada niña que ingrese al sistema de salud embarazada y sea devuelta cómo "madre" a la sociedad.

IV. Anexo

Consentimiento Informado para gestar

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

Estado de salud

La paciente viene a la consulta por

Luego de revisarla y de analizar los estudios de imágenes/laboratorio que traen consigo, constato un EMBARAZO desemanas, siendo la fecha de su última menstruación el y su fecha probable de parto

Le informo a la paciente que todo EMBARAZO tiene riesgos con posibles estados de inmunodepresión materna y fundamentalmente por la edad materna, de su salud mental / psicológica, así como también para alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, etc.

Le pregunto sobre alguna patología pre-existente y la paciente manifiesta frente a lo cual le informo que su embarazo puede agravar y/o complicar su estado de salud por

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

Procedimiento propuesto para el embarazo y final del embarazo

Control prenatal: durante el embarazo, tanto la mujer como el producto de la gestación, se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado [\(56\)](#).

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

De esta forma le informo a la paciente que, de consentir llevar adelante la gestación, luego de conocer los riesgos que la misma produce en su vida y en su salud, el parto podrá darse por vía vaginal o por cesárea, pero

ello será motivo de otro proceso de Consentimiento Informado cuando se aproxime la fecha probable de finalización del embarazo.

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

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

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

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

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

Si bien la cesárea es la cirugía mayor que más se realiza en el mundo no está exenta de riesgos o complicaciones. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad edad de la madre), y los específicos del procedimiento, tales como: a) Hemorragia. b) Atonía uterina (pérdida del tono muscular del útero y un retraso en su involución). c) Endometritis (infección), que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada y/o la necesidad de extraer el útero. d) Fiebre e) Infección de la herida f) Seromas y hematomas g) Afecciones de vías urinarias h) Dehiscencia de la herida y/o eventración postquirúrgica. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re-intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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

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

El embarazo tiene riesgos en la vida de cualquier persona gestante, independientemente de su edad. Entre ellos, la Organización Mundial de la Salud indica que existen cinco causas principales de muerte de la mujer durante el embarazo y el parto Las principales causas de muerte de la mujer durante el embarazo y el parto son cinco: hemorragias graves, infecciones, abortos peligrosos, trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia) y afecciones médicas que complican el embarazo o se ven complicadas por él, como las cardiopatías, la diabetes o la infección por VIH/sida (57).

Cada año se producen en el mundo más de 135 millones de partos. Se calcula que unos 20 millones presentan complicaciones posteriores relacionadas con el embarazo. La lista de enfermedades es larga y diversa;

por ejemplo, cuadro séptico, anemia, fistulas, incontinencia, esterilidad y depresión (58). La salud materna refleja las diferencias entre ricos y pobres. De todas las muertes maternas, menos del 1% corresponde a los países de ingresos elevados. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacimientos, frente al 12 por 100 000 en los países desarrollados (59).

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

Además de los riesgos que el EMBARAZO provoca en cualquier persona gestante, le informo a mi paciente que en el caso de niñas y adolescentes existe evidencia científica que indica que las niñas madres menores de 15 años corren más riesgo de muerte en el embarazo, mayor riesgo de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos), mayor riesgo de parto pre-término (antes de las 27 semanas de gestación), mayor riesgo de mortalidad perinatal, mayor riesgo de eclampsia (convulsiones), mayor riesgo de hemorragia posparto y mayor riesgo de infección endometrial (60).

Le explico a la paciente que el 2,8% de las niñas menores de 15 años tuvo un parto pre-término, mientras que esa cifra disminuye al 9,2% de adolescentes entre 15 y 19 años y el 8,2% de mujeres de 20 años y más. Un dato significativo se refiere a la tasa de mortalidad infantil, definida como la que indica las muertes de menores de un año por cada 1000 nacimientos. Esta tasa se observó en un 24,4% en grupos de madres menores de 15 años; 13,9% en grupos de madres de 15 a 19 años, y 9,3% en grupos de madres mayores a 20 años (61).

Le informo a la paciente que mientras que la tasa de mortalidad infantil de niños nacidos de madres mayores de 20 años es de 9,3 por mil, para el rango de madres entre 15 y 19 es de 13, 9 por mil, y se eleva a 24, 4 por mil en las madres menores de 15 años (62).

Y como el concepto de salud que debemos resguardar como profesionales de la salud es el de una salud INTEGRAL, esto quiere decir salud física, psíquica y social, no exclusivamente física y no exclusivamente que signifique ausencia de enfermedad, le informo también a mi paciente que la maternidad en la adolescencia es más frecuente en niñas en situación de vulnerabilidad que tienen menor nivel educativo y por ello, una ciudadanía más debilitada. Según la Encuesta sobre Condiciones de Niñez y Adolescencia elaborada por UNICEF en el año 2013, casi un cuarto de las madres adolescentes no llegó a terminar la educación primaria (63). Un estudio realizado en Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Provincia de Buenos Aires evidenció que el 85% de las adolescentes embarazadas no completó el secundario durante el primer embarazo y el 94% durante el segundo embarazo (64).

Alternativas terapéuticas

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

1) Continuar la gestación y llevar a término el embarazo, sabiendo los riesgos que provoca para su salud y conociendo que una vez que se aproxime la fecha probable de parto, recién será factible planificar si el parto será por vía vaginal o por cesárea según las condiciones en que se encuentre la paciente y el producto de la gestación.

2) Interrumpir el embarazo. En Argentina interrumpir un embarazo producto de una violación o que ponga en riesgo la salud o la vida de la persona gestante, es una opción legal desde el año 1.921. En el caso de niñas y adolescentes donde las estadísticas y la evidencia científica nos muestran que los riesgos de llevar adelante un embarazo son mayores para su salud por su edad, el aborto es alternativa terapéutica lícita que se conoce coloquialmente como "causal salud"; y también es una alternativa terapéutica lícita para todos los casos donde la relación sexual no se ha consentido (65). Le explico a la paciente que esto quiere decir que, al ser una opción legal, la interrupción de su embarazo no es un delito y por ello es que puede elegirla; y es mi obligación garantizarla, ya sea personalmente o a través de una derivación como indica la ley 26.529. En caso de decidir

abortar, le explico a la paciente que existen procedimientos sin riesgo para ello, indicados por la Organización Mundial de la Salud como es el aborto con pastillas o farmacológico que puede utilizarse hasta la semana.....de gestación y/o el AMEU (Aspiración Manual Endouterina) que puede usarse hasta la semana En caso de elegir este curso de acción terapéutica (ILE) se iniciará otro proceso de Consentimiento Informado a estos efectos.

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

La paciente me manifiesta

Y como el EMBARAZO, por los riesgos que produce en vida de la paciente es un proceso orgánico invasivo, esto es que pone en riesgo su integridad de la paciente que cuenta con años, debe asentir y completar este proceso de consentimiento informado su representante legal, progenitor/a y/o allegado afectivo por ser menor de 16 años (art. 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación) (66).

Firma de la Paciente

Aclaración:

DNI:

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

Vínculo con la niña y/o adolescente

Aclaración:

DNI:

Firma de el/la Médico/a

Aclaración

DNI Matrícula:

(*) Abogada feminista. Mag. en Género, Sociedad y Estado (FLACSO). Prof. de Medicina Legal en el Instituto de Salud y Calidad de Vida de la Universidad San Pablo T (USPT). Prof. de Sociología Jurídica en la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Tucumán. Miembra del Comité Académico del Observatorio de Género y Diversidad de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Presidenta de la Fundación Mujeres x Mujeres de Tucumán. Coordinadora del Área Litigio de Católicas por el Derecho a Decidir Argentina.

(**) Médica. Especialista en Tocoginecología, Certificada y Recertificada, res. 934-002 del Ministerio de Salud de la Nación y res. 1831-006 del Honorable Consejo Directivo, por 5 años para la especialidad tocoginecología año 2016 por la Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina. Consejo de Certificación y Recertificación. Médica Planta en Servicio de Ginecología Hospital Ángel C. Padilla Tucumán. Prof. de Bioética en el Instituto de Salud y Calidad de Vida de la Universidad San Pablo T (USPT). Prof. de Medicina Legal en el Instituto de Salud y Calidad de Vida de la Universidad San Pablo T (USPT). Miembro fundador de Fundación Mujeres x Mujeres Tucumán.

(1) Agradecemos especialmente a Eleonora Lamm y Marisa Herrera por sus valiosas miradas.

(2) El art. 5º inc. 5º de la ley 26.485 define como simbólica la violencia que se da "a través de patrones

estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad".

(3) Art. 6º inc. d) del dec. 1011/2010 que reglamenta la ley 26.485.

(4) En fallo "A. F. s/ medida autosatisfactiva", cit. (en adelante "Fallo F. A. L."), en el fallo "D. M. A. s/ declaración de incapacidad" de fecha 07/07/2015 y en fallo "Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas precautorias" de fecha 01/06/2012 la CS ya se expidió sobre la innecesariedad de que se recurra al Poder Judicial para pedir autorizaciones a medidas sanitarias y recordó que el principio de legalidad es el que informa esta obligación médica de evitar judicializar la vida privada de los/as pacientes que, aunque se ha vuelto costumbre sanitaria, es ilegal y puede resultar violenta en el caso de las mujeres y el aborto.

(5) VAGGIONE, Juan Marco - MONTE, María Eugenia (2018), "Cortes irrumpidas. La judicialización conservadora del aborto en Argentina", Rev. Rupturas 9[1], Costa Rica, ene.-jun. 2019, ps. 107-125, ISSN 2215-2466.

(6) DEZA, Soledad, "Trama y drama del derecho al aborto en niñas y adolescentes", en prensa, 2019.

(7) IMAZ, Elixabete, "Entre ginecólogas y matronas", en ESTEBAN, Mari Luz — COMELLES, Josep María — DIEZ, Carmen (comps.), Antropología, Género, Salud y Atención, Ed. Bellaterra, Barcelona, 2010.

(8) BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel, "Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio", en ESTEBAN, Mari Luz - COMELLES, Josep María - DIEZ, Carmen (comps.), Antropología, Género, Salud y Atención, Ed. Bellaterra, Barcelona, 2010.

(9) TAJER, Débora, "¿Cómo medir la integralidad y la equidad de género? Una propuesta posible", en Género y Salud, Ed. Lugar, Buenos Aires, 2012, p. 50.

(10) Art. 26 del Cód. Civ. y Com.: La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona. Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

(11) Se abordará en profundidad en el próximo parágrafo.

(12) KEMELMAJER DE CARLUCCI, Aída, "El derecho del niño a su propio cuerpo", en Bioética y Derecho, Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2003.

(13) CAMELO, Gustavo, "Los adolescentes deciden su salud en el Proyecto del Nuevo Código", 2014, disponible en <http://www.infojusnoticias.gov.ar/opinion/los-adolescentes-deciden-sobre-su-salud-en-el-proyecto-de-codigo-civil-82.html>.

(14) DEZA, Soledad, "Autonomía progresiva y aborto permitido por la ley con enfoque de género en la salud", en HERRERA, Marisa - ZAFFARONI, Eugenio (dirs.), El Código Civil y Comercial en el derecho penal, Ed. Hamurabi, Buenos Aires, 2018.

(15) Agradecemos a Marisa Herrera esta distinción.

(16) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>.

(17) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/.

- (18) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/index1.html.
- (19) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- (20) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/index2.html.
- (21) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/index4.html.
- (22) Agenda 2030 sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Material disponible en http://www.odsargentina.gob.ar/public.documentos/seccion_publicaciones/metadatos_ods.pdf.
- (23) Informe "Embarazo en la adolescencia en Argentina. Informe del año 2017", elaborado por Amnistía Internacional. Disponible en <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/05-Embarazo-Adolescente.pdf>.
- (24) UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2011), Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades, Nueva York: UNICEF. Tabla 11 - Adolescentes, p. 130.
- (25) "Datos oficiales: Creció el embarazo en niñas de 10 a 14 años en el país y muy fuerte en Buenos Aires". Nota periodística publicada por el diario Clarín el día 28/02/2019. Disponible en https://www.clarin.com/sociedad/mortalidad-materna-crecieron-partos-adolescentes-menores-14-anos_0_ZTcLCSNs6.html.
- (26) Datos elaborados con base en cifras oficiales de la DEIS (Dirección de Estadísticas en Salud) del Ministerio de Salud de la Nación (2018).
- (27) CONDE-AGUDELO, Agustín - BELIZÁN, José. M. - LAMMERS, Cristina, "Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross Sectional study" ("Morbilidad y mortalidad maternoperinatal asociada con el embarazo adolescente en América Latina: Estudio Transversal"), American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192[2] (2005), 342-349.
- (28) PANTELIDES, Edith A. - FERNÁNDEZ, María de las Mercedes - MARCONI, Élidea, "Maternidad temprana en Argentina. Las madres menores de 15 años", CENEP, 2014.
- (29) Ibidem.
- (30) Situación de los y las adolescentes en la Argentina, Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, UNICEF 2016, p. 37.
- (31) BINSTOCK, Georgina - GOGNA, Mónica, "La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas", Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana, Río de Janeiro, 2015, ps. 113-140.
- (32) CS, "A. F. s/ medida autosatisfactiva", fallo del 13/03/2012 disponible en <https://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>.
- (33) UNICEF, "Abuso sexual infantil en niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos", 2017, disponible en <https://www.unicef.org/argentina/media/1811/file>.
- (34) Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales, disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_vvs.pdf.
- (35) Balance Regional disponible en <http://clademargentina.com.ar/wp-content/uploads/2017/03/Ni%C3%B1as-Madres-Balance-Regional.pdf>.
- (36) OMS, "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud", disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.
- (37) KEMELMAJER DE CARLUCCI, Aída. - HERRERA, Marisa. - LAMM, Eleonora, "El principio de

autonomía progresiva en el Código Civil y Comercial. Algunas reglas para su aplicación", 2016, disponible en <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/carlucci%20et%20al.%20autonomia%20adolescentes.pdf>.

(38) Dentro del marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario bastante información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. GALÁN CORTES, Julio C., Revista Médica Uruguay, vol. 15, abril 1999, p 7. En esta misma línea lo considera la res. 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación ya aludida "El consentimiento es un proceso que se inicia desde el comienzo de la atención y se prolonga durante toda la relación sanitaria. Este proceso tiene por finalidad garantizar que el/la usuario/a tome decisiones sanitarias basadas en la información".

(39) Art. 5° de la ley 26.529.

(40) Art. 3° de la ley 26.529 y art. 59 del Cód. Civ. y Com.

(41) Pto. II.3 de este trabajo.

(42) Para profundizar, ver: HOLNESS, N., "A global perspective on adolescent pregnancy", Int J Nurs Pract. 2015; 21[5]:677-681. MAYOR, Susan, "Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries", BMJ. 2004; 328[7449]:1152.

(43) OLAUSSON, Petra Otterblad - CNATTINGIUS, Sven. - HAGLUND, Bengt., "Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality", Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:116-21.

(44) CONDE-AGUDELO, Agustín - BELIZÁN, José. M. - LAMMERS, Cristina, ob. cit.

(45) BECK, Aaron T. - STEER, Robert. A. - BROWN, Gregory. K., "Beck Depression Inventory: Manual", San Antonio, TX: Psychological, 1993.

(46) LUNA, Florencia, "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas", JA 2008-IV-30-67.

(47) Art. 4° del dec. 1089/2012 que reglamenta la ley 26.529.

(48) Se adjunta en este trabajo como Anexo I, un Modelo de Consentimiento Informado que podría servir de guía para documentar clínicamente este proceso de provisión de información y toma de decisión informada.

(49) Canción infantil popular que atraviesa la infancia de varias generaciones de Argentina.

(50) Una niña tucumana de 11 años resultó en enero de este año 2018 embarazada del padrastro de su abuela. Su caso se hizo público a propósito de una serie de barreras médico- burocráticas que durante 5 semanas obstruyeron el acceso de la niña a la ILE. Ver nota periodística "El calvario de una niña que intentaba abortar en Argentina", publicada en el diario El País de España el 23/03/2019. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2019/03/26/actualidad/1553601793_174624.html.

(51) "La cesárea da una nena en Tucumán, una tortura tras otra", nota periodística del diario La Pampa, disponible en <https://www.eldiariodelapampa.com.ar/index.php/edicion-digital/nacionales/57512-la-cesarea-a-una-nena-en-tucuman-una-tortura-tras-otra>.

(52) Consid. 24.

(53) Consid. 27.

(54) Consid. 29.

(55) A partir de los últimos casos que tomaron estado público en Argentina, se lanzó a las redes sociales el hashtag #CesáreaNoEsILE, para significar que se denegó un aborto. Sin embargo, de haberse realizado una fetólisis y de haberse evitado tratamientos farmacológicos destinados a madurar los pulmones del feto, un nacimiento con vida no habría ocurrido. Por ello insistimos en que no es la cesárea el problema, siempre y cuando sea escogida informadamente por la niña como método para eliminar el producto muerto de la gestación. El problema es cuando no se produce médicamente la muerte fetal antes de realizar la cesárea.

(56) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en

<https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

(57) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/index1.html.

(58) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/index2.html.

(59) Organización Mundial de la Salud. Información disponible en https://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/es/index4.html.

(60) CONDE-AGUDELO, Agustín - BELIZÁN, José. M. - LAMMERS, Cristina , ob. cit.

(61) PANTELIDES, Edith A. - FERNÁNDEZ, María de las Mercedes - MARCONI, Élida, ob. cit..

(62) Ibidem.

(63) Situación de los y las adolescentes en la Argentina, Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, UNICEF 2016, p. 37.

(64) BINSTOCK, Georgina - GOGNA, Mónica, ob. cit..

(65) UNICEF. "Abuso sexual infantil en niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos", 2017, disponible en <https://www.unicef.org/argentina/media/1811/file>.

(66) En el caso de que la paciente sea mayor de 16 años y menor de edad, el embarazo debe consentirse por los riesgos, pero no precisa de ningún sistema de apoyo.