

Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo

Estrategia intersectorial de prevención
del embarazo no intencional en adolescentes



mec
Ministerio de Educación y Cultura

Ministerio de SALUD

(*)mides
Ministerio de Desarrollo Social

i inju
Instituto Nacional de la Juventud

inmujeres
Instituto Nacional de las Mujeres

ANEP
Educación Pública *Te las guiso*

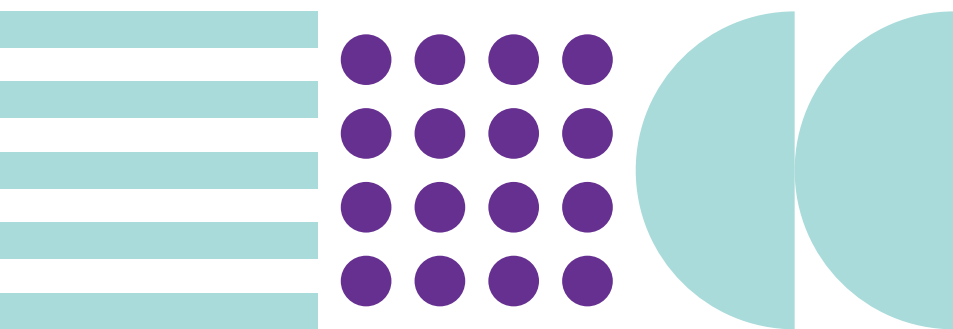
assesalud

tnau
Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay



Mapa de ruta para la atención **de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo**

Estrategia intersectorial de prevención
del embarazo no intencional
en adolescentes



Autoridades

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Jorge Basso
Ministro

Jorge Quian
Subsecretario

Raquel Rosa
Directora General de Salud

Gilberto Ríos
Subdirector General de la Salud

Silvia Graña
Asesora Responsable del Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud

Claudia Romero
Asesora Responsable del Área Programática de Niñez

Ana Visconti
Asesora Responsable del Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

Rafael Aguirre
Asesor Responsable del Área Programática Salud Integral de la Mujer

Irene Petit
Asesora Responsable del Área Programática de Violencia de Género y Generaciones

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

María Julia Muñoz
Ministra

Edith Moraes
Subsecretaria

Ana Gabriela González Gargano
Directora General de Secretaría

Rosita Inés Angelo
Directora de Educación

Sergio Mautone
Director Nacional de Cultura

Glenda Rondán
Directora Nacional de Centros MEC

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Marina Arismendi
Ministra

Ana Olivera
Subsecretaria

Mariella Mazzotti
Directora Instituto Nacional de las Mujeres

Federico Barreto
Director Instituto Nacional de la Juventud

Pablo Mazzini
Director de Uruguay Crece Contigo

Jimena Torres
Asesora de Dirección INJU

Nohelia Millán
Directora de División Transversalidad y Empoderamiento INMUJERES

Cecilia Cristar
Directora de División Articulación Programas y Estudios de Juventud INJU

Liliana Callejas
Coordinadora Programa Jóvenes en Red INJU

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

Marcos Carámbula
Presidente

Marlene Sica
Vicepresidenta

INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY

Marisa Lindner
Presidenta

Fernando Rodríguez
Director

Dardo Rodríguez
Director

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Wilson Netto
Presidente

Irupé Buzzetti
Directora General de Educación Inicial y Primaria

Ana Olivera
Directora General de Educación Secundaria

Nilsa Pérez
Directora General de Educación Técnico Profesional

María Lopater
Directora General de Formación en Educación

Verónica Massa
Directora de Derechos Humanos

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

Álvaro García
Director

Santiago Soto
Subdirector

Elaboración de contenidos

GRUPO DE TRABAJO *ESTRATEGIA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN ADOLESCENTES*

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud

Silvia Graña
Andrea Fabbiani
Lorena Quintana
Susana Grunbaum

Área Programática Niñez

Claudia Romero
Nora d' Oliveira

Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva

Ana Visconti

Área Programática de Salud Integral de la Mujer

Rafael Aguirre

Área Programática de Violencia de Género y Generaciones

Irene Petit

Dirección General de la Salud

Claudia Damiano

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

Dirección de Educación Primera Infancia

Denise Courtoisie

Subsecretaría

Federico Medina

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Uruguay Crece Contigo

Valeria Gradin
Javier Trujillo
Gisell Colman
Verónica Pandolfo

Instituto Nacional de la Juventud

Verónica Galizia
Josefina Mora
Laura Curto
Melisa Sánchez

Instituto Nacional de las Mujeres

Valentina Caputi
Marta Piñeiro

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Programa de Educación Sexual

Diego Rossi

Comisión de Educación Sexual, Consejo de Educación Inicial y Primaria

Patricia Piriz

Comisión de Educación Sexual, Consejo de Educación Técnico Profesional

Rosana Piñeyro

Comisión de Educación Sexual, Consejo de Educación Secundaria

Patricia Pivel
Andrea Carlos

Departamento Integral del Estudiante, Consejo de Educación Secundaria

Ana Monza

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

ASSE Central. Dirección de Redes y Procesos Asistenciales

Ignacio Ascione
Mónica Gorgoroso
Natalia Pérez
Magdalena Álvarez

RAP Metropolitana. Departamento SS y SR

Gabriela Píriz
Vanessa Berrutti

**RAP Metropolitana. Departamento Niñez y
Adolescencia**

Amelia Illescas
Yeni Hortonedá

RAP Metropolitana. Área Salud Mental

Ana Monza

**Equipo Coordinador de Referentes de Violencia
Basada en Género y Generaciones**

Fernanda Lozano

RAP Canelones. Adolescencia

Silvia Texeira

**Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
Área Programática de Salud de la Niñez**

Claudia Reynoso
Área Programática Infancia
Marlen Compan

**Sistema Integral de Protección a la Infancia y
Adolescencia contra la Violencia**

Natalia Gómez
Nelly Guarneri

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

Cristina Tello
María Noel Cascudo

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Valeria Ramos

**Consultora del proceso de elaboración del mapa
de ruta**

Anahí Alarcón, con el apoyo del UNFPA

Asesoramiento técnico para la elaboración de los contenidos

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

Unidad de Atención a Víctimas

Mariela Solari
María Saulle

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Secretaría de Derechos Humanos
Cecilia Anández
María José Suárez

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

NÚCLEO INTERDISCIPLINARIO EN ADOLESCENCIA, SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Instituto de Psicología de la Salud - Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades.
Alejandra López | Profesora

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Programa de Población
Carmen Varela | Profesora adjunta

FACULTAD DE MEDICINA

Clínica Pediátrica A
Catalina Pírez | Profesora

Clínica Pediátrica B
Loreley García | Profesora agregada

Clínica Pediátrica C
Gustavo Giachetto | Profesor
Carlos Zunino | Profesor adjunto

Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Hugo Rodríguez Almada | Profesor
Natalia Bazán | Profesora adjunta (int.)
Analía Álvarez | Asistente
Frances Borches | Asistente
Victoria Iglesias | Asistente

Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

Julio Vignolo | Profesor
Alicia Sosa | Profesora agregada
Silvia Texeira | Profesora adjunta de Coordinación de Carrera. Docente asociada UDA PNA Canelones

Unidad de Salud Mental en Comunidad

Alicia Canetti | Profesora agregada

Clínica Ginecotocológica A

Leonel Briozzo | Profesor
Verónica Gallino | Asistente

Cátedra Ginecotocológica B

Washington Lauria | Profesor

Clínica Ginecotocológica C

Mariana Piastrí | Ex asistente

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Giovanni Escalante
Representante de OPS/OMS Uruguay

Wilson Benia
Consultor en Sistemas y Servicios de Salud - Representación OPS/OMS Uruguay

Alejandro Morlachetti
Asesor regional legal en Derechos Humanos OPS/OMS

Alessandra Guedes
Asesora regional en Violencia Intrafamiliar

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Virginia Camacho
**Asesora regional en Salud Sexual y Reproductiva -
Oficina Regional para Latinoamérica y el Caribe**

FONDO PARA LA INFANCIA DE LAS NACIONES UNIDAS

Isabel Bove
Oficial de Salud - Unicef Uruguay

Alejandra Saravia
Consultora - Unicef Uruguay

CORRECCIÓN Y DISEÑO

Raquel Conde
Correctora de Estilo

Paz.uy
Diseño

COLABORACIONES

Las instituciones integrantes de la *Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes* expresan su profundo agradecimiento a la Dra. Cristina Lustemberg, al equipo del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia de la República Argentina y a las organizaciones sociales y sociedades científicas que revisaron este documento y realizaron aportes. A ellas, nuestro profundo reconocimiento: Amnistía Internacional, Arcoiris, Asociación Obstétrica del Uruguay, Casa de la Mujer de la Unión, Casa Lunas, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Ciudadanías en Red (CIRE), El Paso, Gurises Unidos, Iniciativas Sanitarias, Instituto de Promoción Económico Social del Uruguay (IPRU), Casa UPA, Mujer Ahora, Mujeres en el Horno, Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Red Pro Cuidados, La Bonne Garde, Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual, Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia (SUGIA).

Glosario

ARP
adulto referente protector

ASSE
Administración de Servicios de Salud del Estado

CDN
Convención sobre los Derechos del Niño

CED
Centro de Estudio y Derivación

CNA
Código de la Niñez y la Adolescencia

FGN
Fiscalía General de la Nación

INAU
Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

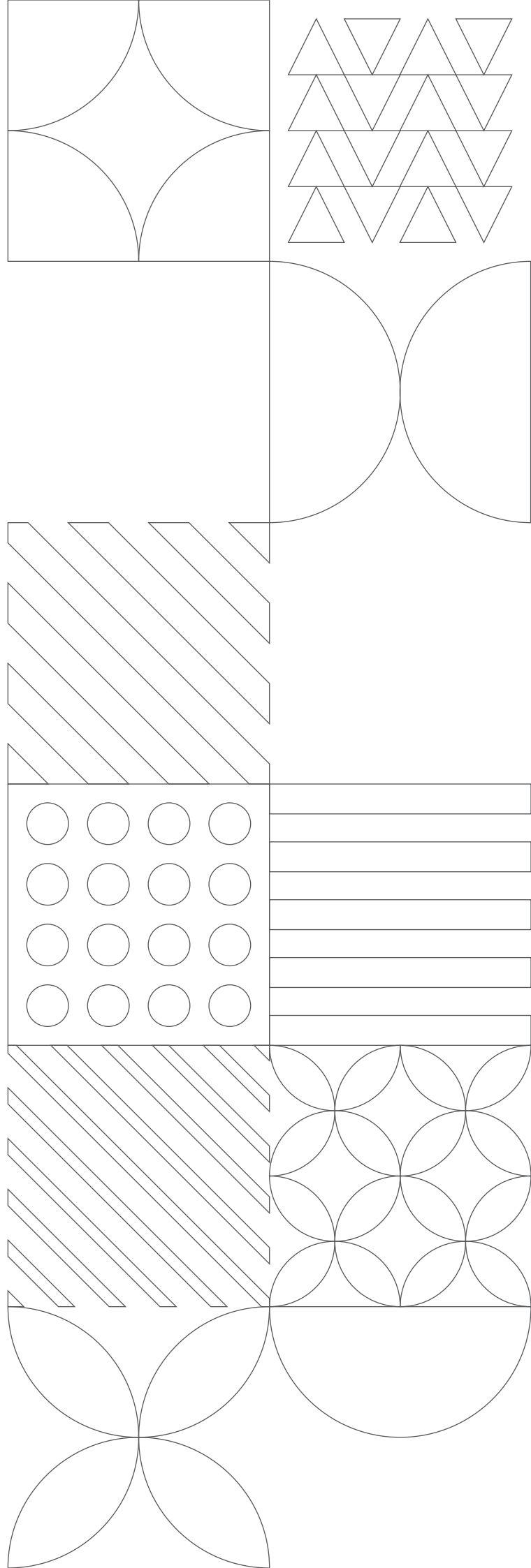
IVE
interrupción voluntaria del embarazo

MSP
Ministerio de Salud Pública

NNA
niños, niñas y adolescentes

VBGG
violencia basada en género y generaciones

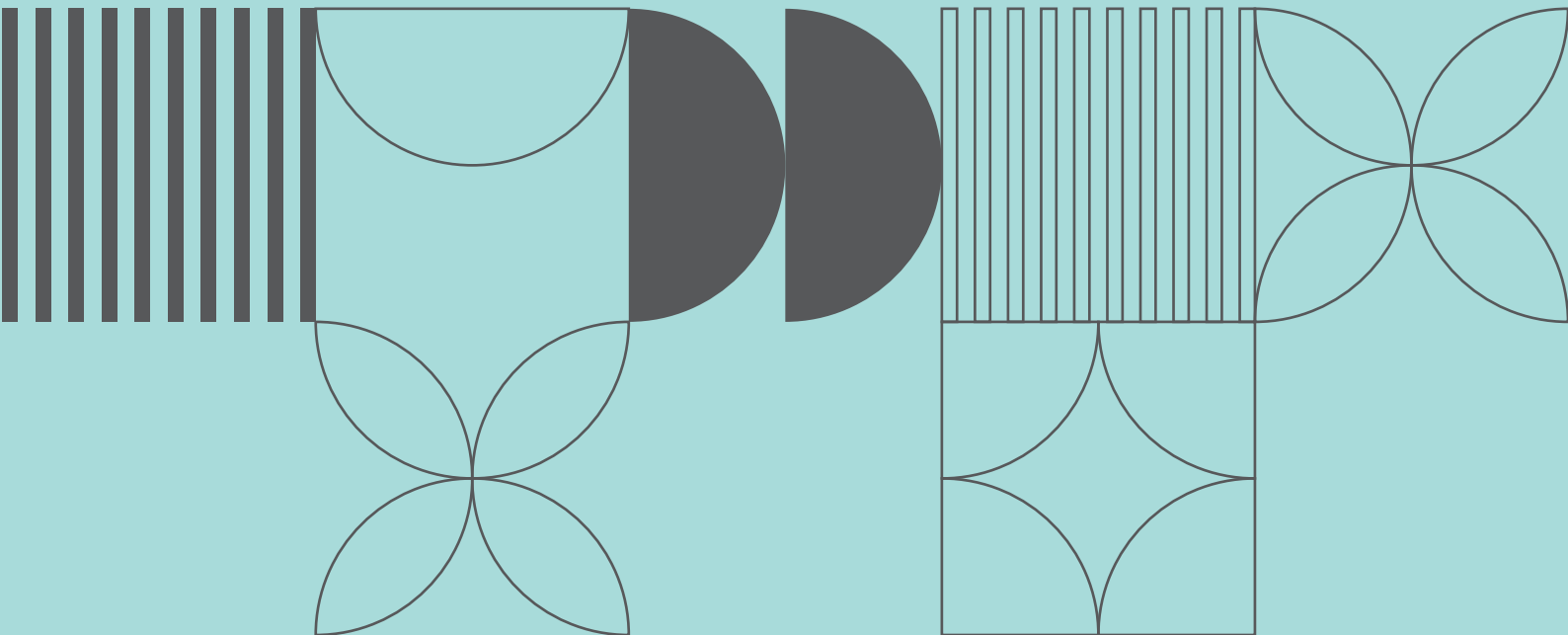
VIH
virus de inmunodeficiencia humana



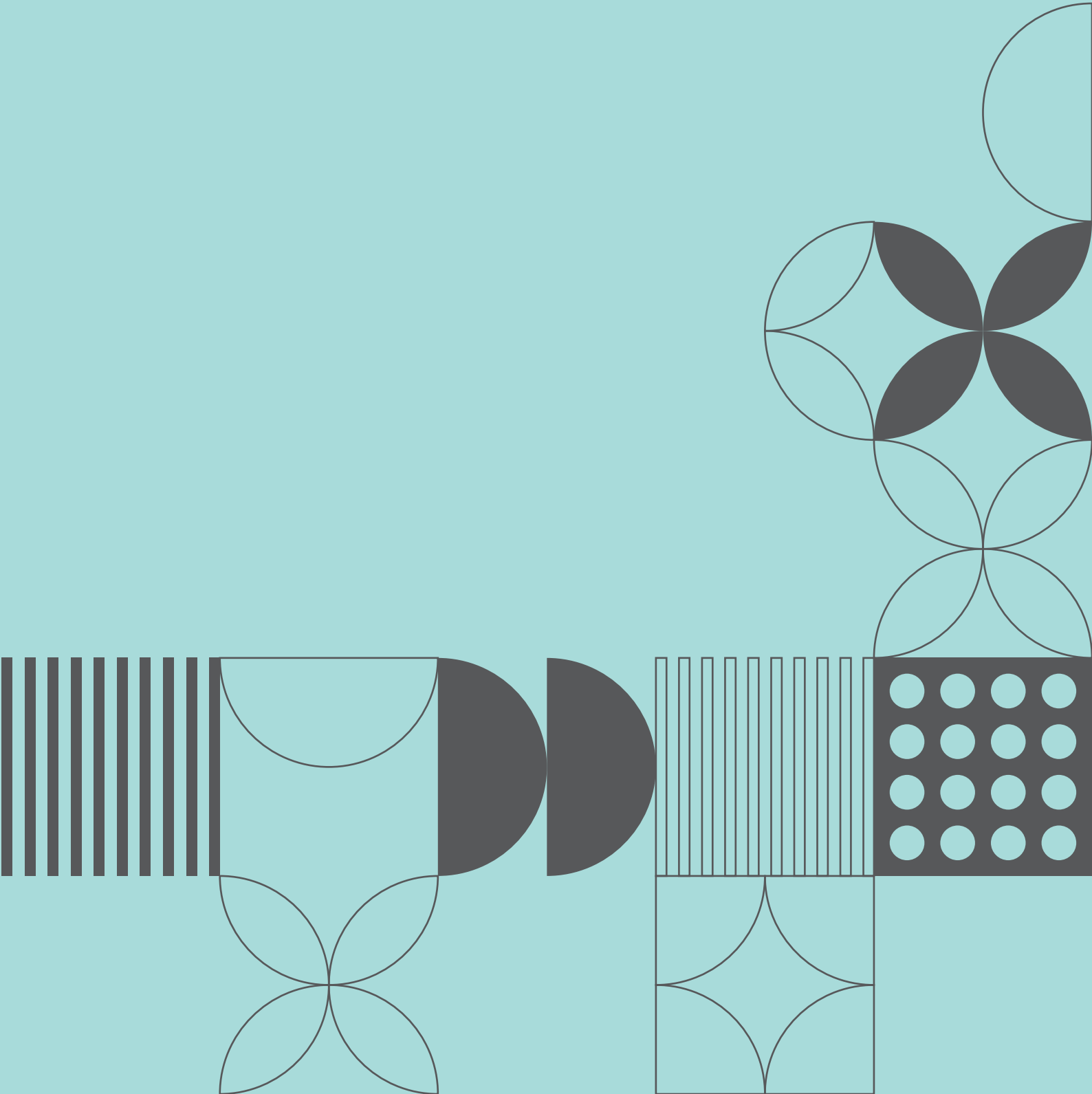
Índice

I. INTRODUCCIÓN	PÁG. 13
II. DIMENSIÓN DEL PROBLEMA	PÁG. 17
III. MARCO NORMATIVO	PÁG. 23
IV. RUTA DE ATENCIÓN PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS EN SITUACIÓN DE EMBARAZO	PÁG. 29
Acciones a realizar en todos los casos de sospecha de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años	34
Acciones a realizar si no se confirma el embarazo ni el abuso sexual	37
Acciones a realizar si no se confirma el embarazo y se detecta abuso sexual	37
Acciones a realizar cuando el embarazo es consecuencia de abuso o violencia sexual	37
Acciones a seguir con niñas y adolescentes de 12 a 14 años cuando el embarazo es producto de una relación consentida entre pares	41
Decisión de interrupción o continuidad del embarazo en todos los casos de menores de 15 años	42

V. ORIENTACIONES PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES DE EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS DESDE LA PERSPECTIVA PSICOEMOCIONAL	PÁG. 51
Punto de partida: aspectos generales	53
Recomendaciones psicoemocionales	54
VI. ALGUNOS DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DEL TEMA	PÁG. 59
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	PÁG. 65
ANEXO I. MARCO NORMATIVO	PÁG. 71
ANEXO II. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA EL ASESORAMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN	PÁG. 81
ANEXO III. DEPENDENCIAS DEL INAU PARA REFERENCIA A NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE	PÁG. 85



I.
Introducción



Este *Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo* fue elaborado en el marco de la *Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional de adolescentes*, y en consulta con instituciones gubernamentales y académicas, y organizaciones de la sociedad civil, científicas y de cooperación internacional. Dicha estrategia subraya el carácter inaceptable de los embarazos forzados y alerta sobre las implicancias del embarazo y la maternidad temprana en el desarrollo integral de las niñas y adolescentes. Plantea que, en caso de seguir adelante con un proyecto de maternidad temprana, este no debe redundar en nuevas situaciones de exclusión que restrinjan aún más las posibilidades de desarrollo de las implicadas. Las respuestas que desde el Estado y sus instituciones se desplieguen deben considerar la mirada de género, generaciones, el enfoque territorial y las inequidades sociales.

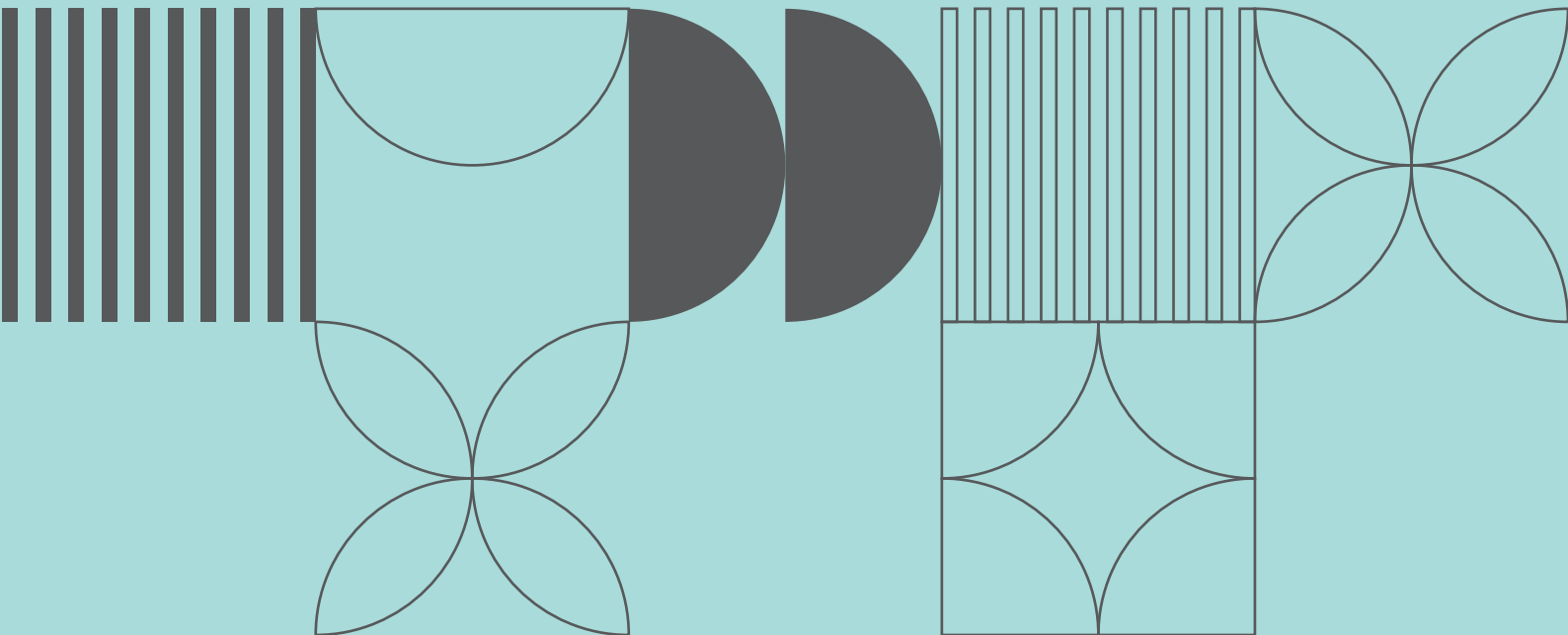
El embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años está vinculado de algún modo a la violencia; tanto de manera inmediata, en los casos en que los embarazos son producto de una violación u otra relación abusiva; como de forma más estructural, múltiple y acumulada en el tiempo, cuando las niñas y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

Este mapa tiene por objetivo brindar directrices a profesionales y equipos de diferentes sectores para el desarrollo de acciones que garanticen la atención integral, pertinente y oportuna de las niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo, desde un enfoque de protección, garantía y reparación de la vulneración de derechos. Establece una serie de nudos críticos que deben ser especialmente tomados en cuenta por los equipos que intervienen en estas situaciones. Comienza con

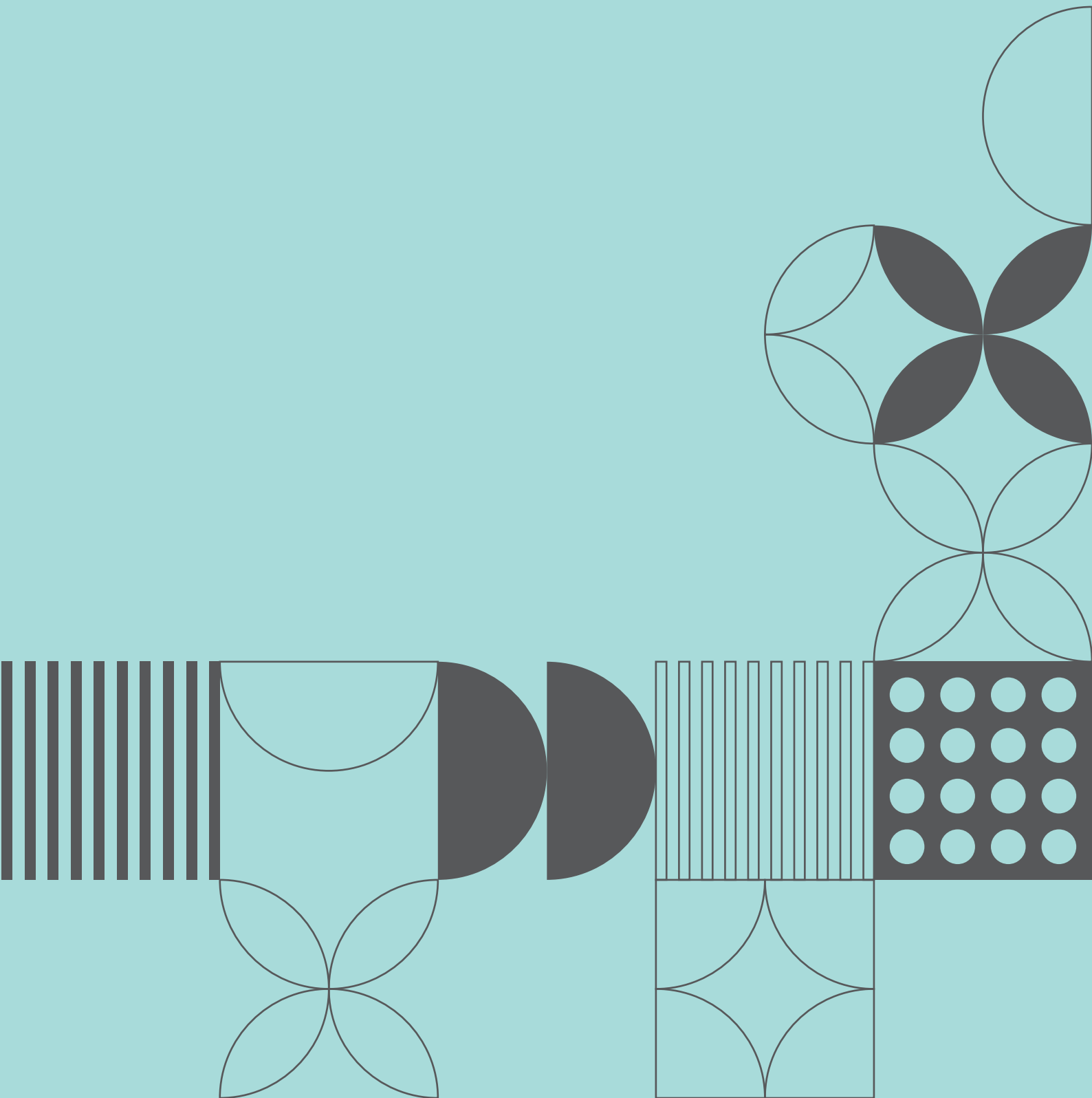
definiciones para el abordaje del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años y su marco normativo. Plantea un conjunto de directrices para la atención de estas situaciones, entre las que distingue dos contextos del origen del embarazo: abuso o violencia sexual (intra o extrafamiliar) y relación sexual consentida entre pares. Finalmente, se incluyen consideraciones y desafíos para avanzar en la respuesta a esta problemática.

Las orientaciones aquí brindadas suponen una atención basada en el trabajo de un equipo profesional interdisciplinario con alta sensibilidad, capacitación y herramientas específicas para el abordaje oportuno y pertinente del tema, y con capacidad de detección de situaciones de violencia basada en género y generaciones (VBGG). El equipo deberá analizar cada situación y definir, junto con la niña o adolescente (incluyendo, de preferencia, a su familia o referentes adultos protectores), qué decisiones resultan más adecuadas.

Para la atención de los casos de violencia, este mapa se basa en el conjunto de instrumentos y herramientas que orientan la acción institucional al respecto; en particular, el *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar* (CEIP, SIPIAV y Unicef, 2013), el documento *Situaciones de violencia doméstica en adolescentes: protocolo para enseñanza media* (CES y CETP, 2010) y el *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud* (MSP, SIPIAV y Unicef, 2018).



II.
Dimensión
del problema



La evidencia muestra que el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años es manifestación de una combinación de vulneraciones de sus derechos humanos e implica serios riesgos biopsicosociales (CLADEM, 2016). Es uno de los problemas de salud pública más complejos y dramáticos, y se encuentra directamente vinculado a situaciones de violencia en las que se articulan desigualdades de género, salud, educación, justicia y derechos humanos. Es un indicador de desarrollo y bienestar social trazador de situaciones de alta vulnerabilidad y exclusión. Si bien el número de embarazos en esta franja etaria es menor que en las adolescentes de 15 a 19 años, su impacto es crítico dadas las consecuencias en su salud y bienestar, en el curso de su vida y en las posibilidades de ejercicio de sus derechos. Se trata de embarazos y maternidades que ocurren antes de la maduración física, psíquica, sexual, afectiva y social de la persona, que afectan su pleno desarrollo y comprometen las etapas posteriores del ciclo vital.

La evidencia científica internacional coincide con lo explicitado anteriormente: lo considera como un evento de alto riesgo para la salud y el bienestar de la población afectada. En efecto, en el estudio *Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health* (Lumbiganon et al., 2014), relacionado con la morbilidad, en el que fueron analizados un total de 124446 madres de 24 años de edad o menos y sus bebés (abarcando 29 países tomados de África, América Latina, Asia y el Medio Oriente), se concluyó que, en comparación con las madres de 20 a 24 años de edad, las madres adolescentes de 10 a 19 años tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas.

También la evidencia científica muestra el incremento de la depresión postparto en las adolescentes que continúan con el embarazo en comparación con la población de mujeres madres adultas (McClanahan, 2009). Los estudios muestran que casi la mitad de las niñas y adolescentes presenta síntomas depresivos significativos entre las cuatro y seis semanas posteriores al parto, y que estos persisten 12 meses después (Logsdon, Foltz, Stein, Usui y Josephson, 2010). Otras investigaciones examinaron el riesgo en salud mental en adolescentes que interrumpen su embarazo en comparación con quienes lo continúan. Demostraron que las consultas en salud mental antes del aborto y durante los 12 meses del postaborto no aumentaron significativamente, mientras que esto sí sucedió entre las que decidieron continuar el embarazo. Es decir, quienes dan a luz tienen mayor riesgo de necesitar una atención en salud mental que quienes interrumpen su embarazo (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Lidegaard y Mortensen, 2011).

El efecto perjudicial de continuar con un embarazo que no se desea, ya sea por presión del entorno, o por la penalización o el estigma que supone el aborto; persiste durante muchos años (Hook, 1963). En la región, algunos estudios muestran que una alta proporción de niñas y adolescentes que continuaron su embarazo presentaron problemas de salud mental (estrés, síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático).

El informe sobre salud mental y aborto de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2008) basado en la evidencia científica disponible muestra que no hay acuerdo a nivel internacional en afirmar la existencia de un síndrome traumático postaborto derivado de su práctica, y que la existencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos previos al embarazo no intencional o

no deseado es el factor más relevante a valorar para considerar los efectos emocionales de un aborto o de un parto. Según el reporte de la OMS (citado en MSP, 2017, p. 13), es posible identificar cuatro modelos en la literatura: *a)* el aborto considerado como una experiencia traumática, *b)* el aborto como una experiencia afrontable, *c)* el análisis del aborto en el contexto sociocultural y, finalmente, *d)* el aborto asociado a factores de riesgo coexistente. En nuestro país, Carril y López (2008) han señalado que el aborto debe ser considerado un proceso que tiene un antes, un durante y un después, y cuyos efectos emocionales posteriores tienen relación con el contexto y las circunstancias que rodearon el embarazo: el contexto sociofamiliar, la aceptación o estigma social del aborto, las condiciones psicológicas previas, el apoyo familiar y profesional recibido y, por último, las condiciones de la práctica.

A su vez, gran parte de estos embarazos son producto de violencia sexual ejercida por integrantes de la familia o del entorno cercano. Esta puede adoptar distintas modalidades, como la imposición forzada, la coerción, el abuso de poder y otras formas de presión.

Particularmente en niñas y adolescentes, cuando el embarazo ocurre

en la clandestinidad, la soledad y la estigmatización social, ello a menudo determina el ocultamiento del embarazo y la búsqueda tardía de atención médica, aumentando los riesgos biológicos, psicológicos y sociales. En este contexto, las adolescentes pueden sentir en mayor medida el castigo social, pudiendo experimentar abandono y soledad, vinculado a la familia y la pareja (MSP, 2014, p. 82).

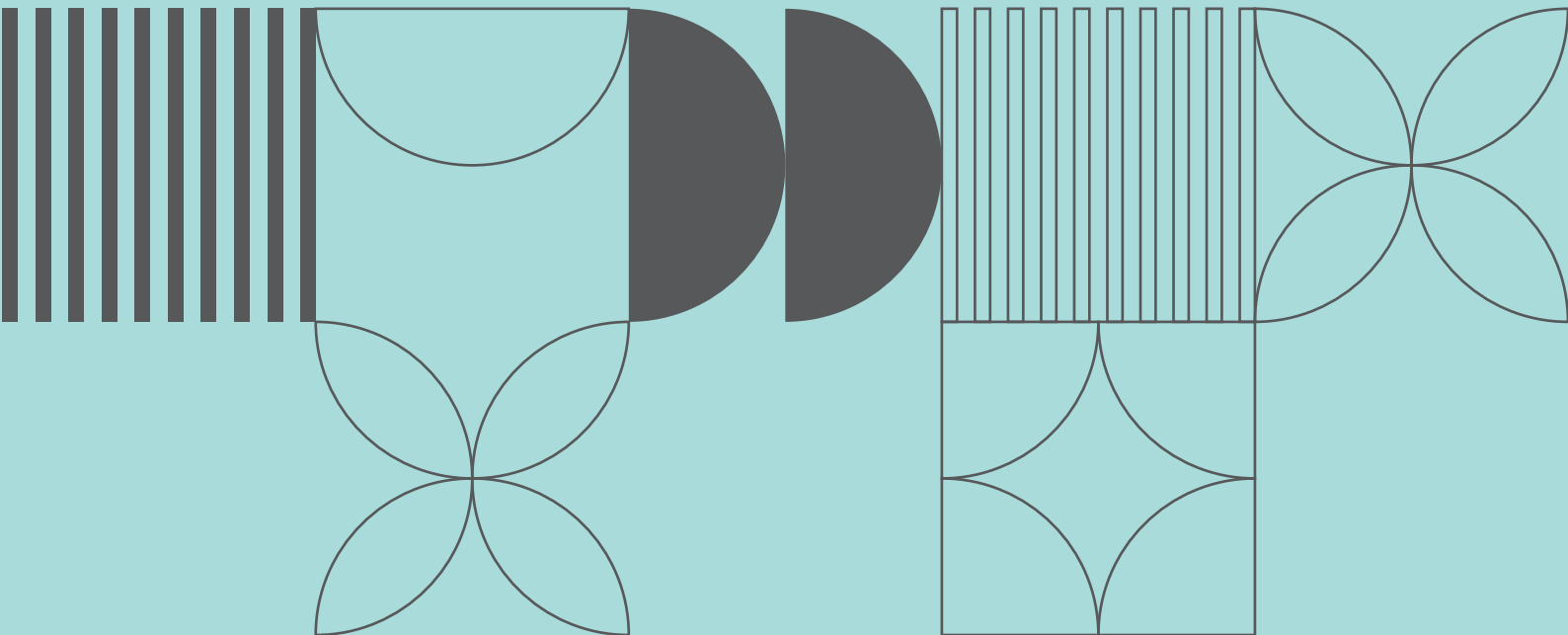
A esto se suman los plazos y procedimientos de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

En aquellos casos en que el embarazo fue producto de violencia sexual y se prohibió su interrupción, al momento en que la niña se convierte en madre se han cometido tres tipos de violaciones a sus derechos humanos: la primera, imponiéndole una relación sexual no deseada que violó su libertad sexual; la segunda, al obligarla a llevar a término un embarazo que no buscó y la tercera, al obligarla a ser madre contra su voluntad (Carril y López, 2008, p. 30).

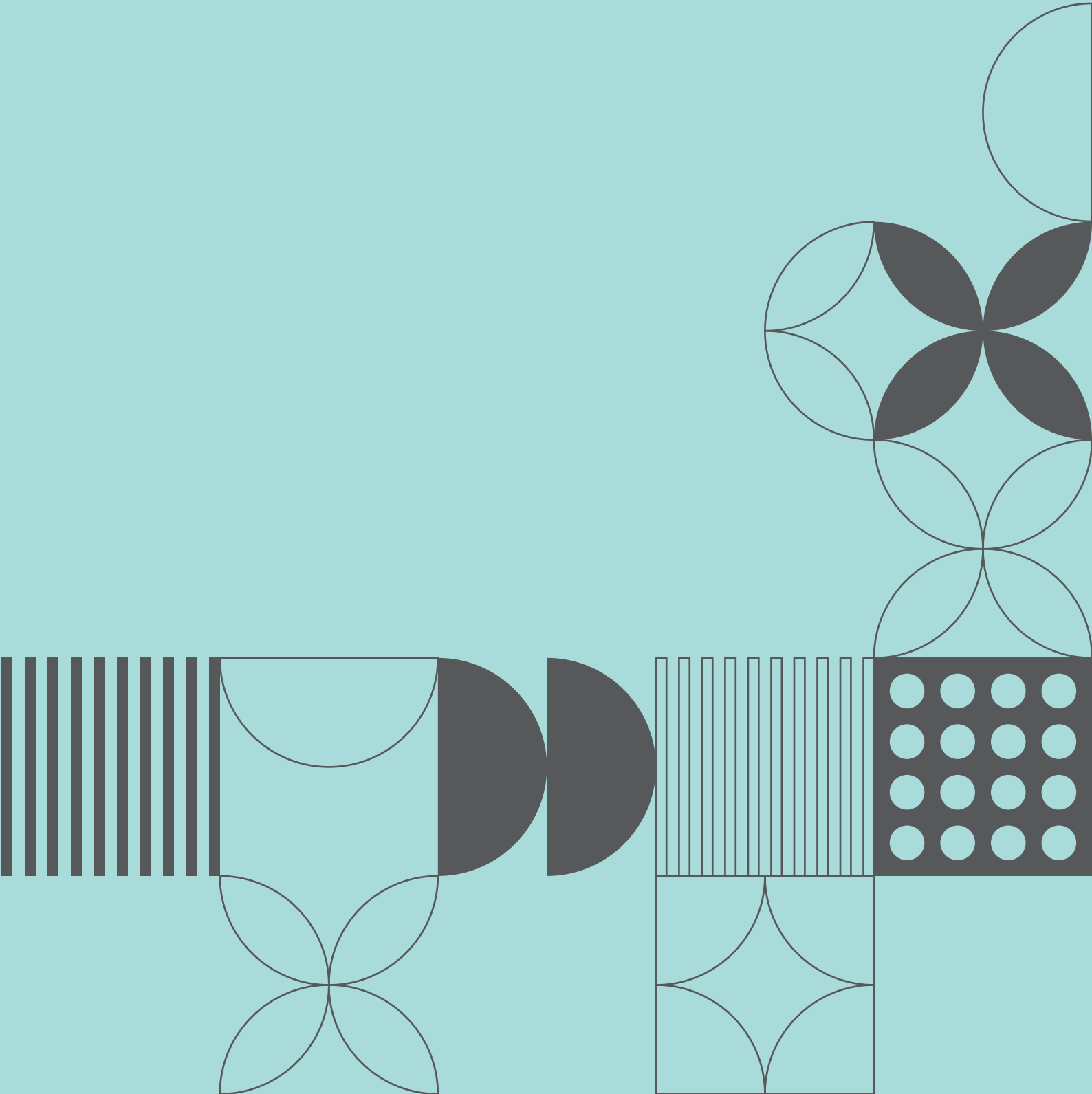
Estado de situación en Uruguay

En 2018, el 28% de las situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) atendidas por el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) correspondió a abuso sexual. En tres de cada cuatro de estas situaciones las víctimas fueron niñas y adolescentes, y en el 83% de los casos los agresores fueron hombres. Además, siete de cada diez víctimas habían sufrido esta forma de violencia de modo recurrente, y el 92% de los casos llega en etapas de cronicidad (SIPIAV, 2019), lo cual se constituye como un claro escenario de riesgo de embarazo producto de relaciones abusivas para las niñas y adolescentes.

En el año 2018, 71 niñas y adolescentes menores de 15 años fueron madres en Uruguay. Este dato registró una leve tendencia a la baja durante los últimos años. Lo mismo ocurrió con las interrupciones voluntarias del embarazo para dicha franja, que alcanzaron 56 casos en el mismo año (MSP, 2019).



III.
Marco
normativo



Este mapa de ruta se sustenta en un robusto marco normativo nacional e internacional vinculado con los derechos de NNA, salud sexual y reproductiva, VBGG y derechos de los usuarios del sistema de salud.

Desde el punto de vista normativo, el instrumento de mayor jerarquía para la comprensión y atención de las situaciones de embarazo infantil está representado por la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que es un tratado internacional aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, ratificada en Uruguay en 1990 por medio de la Ley 16137 y que mandata a los Estados a la protección integral de los NNA hasta los 18 años.

En su artículo 19, la CDN (1989) establece:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido, trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Se destaca que la ley penal uruguaya presume la existencia de violencia cuando las relaciones sexuales involucran a menores de 12 años; por lo tanto, el embarazo de niñas menores de 12 años se debe asumir como fruto de una violación. Del mismo modo se consideran las circunstancias en las que la diferencia de edad con la pareja sexual es superior a los diez años. En las niñas y adolescentes de entre 12 y 15 años, buena parte de los embarazos son fruto de relaciones abusivas.

Asimismo, el Código de la Niñez y la Adolescencia establece en el artículo 11 bis el derecho de todo niño, niña o adolescente

a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes. En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con este o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible.

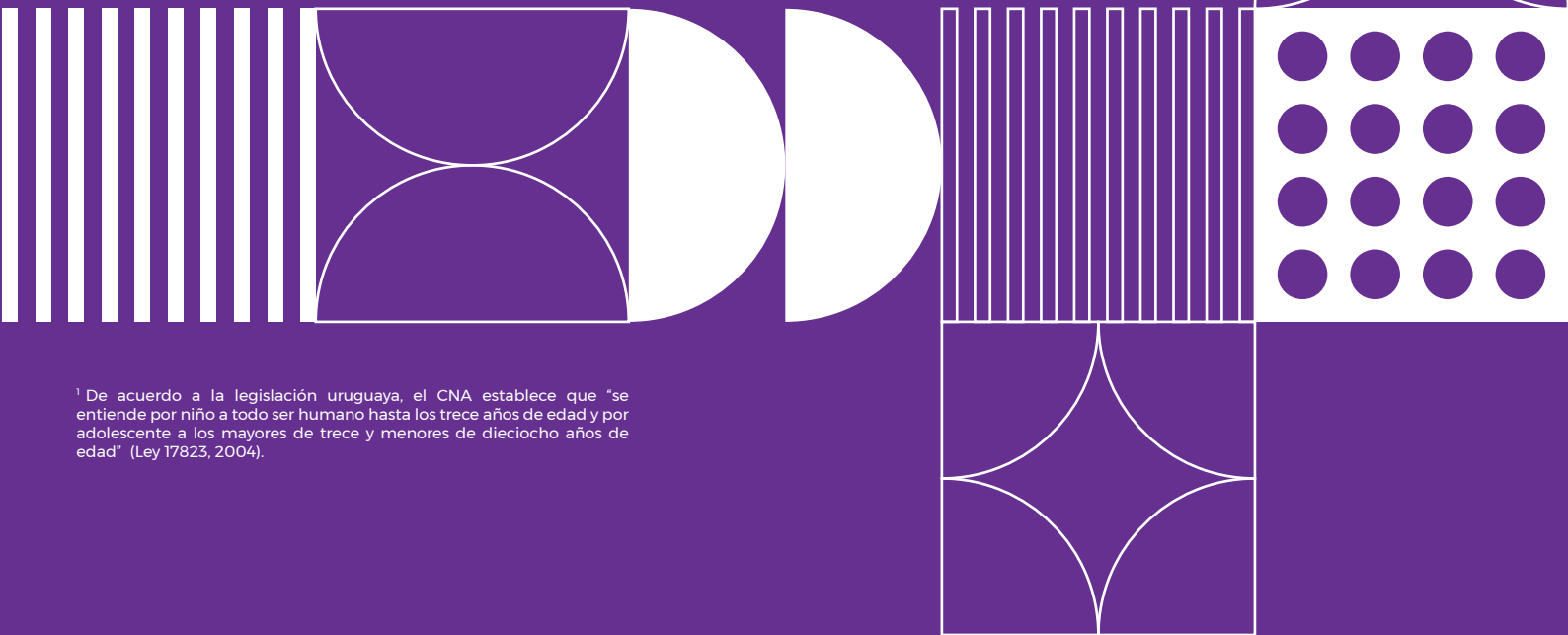
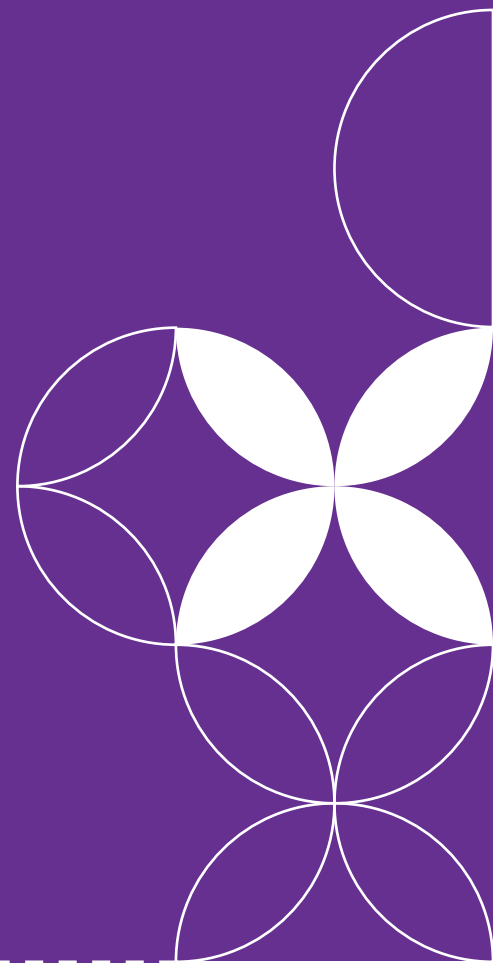
Es importante tener presente que la Ley 18987 otorga a las mujeres menores de 18 años el derecho a consentir la interrupción voluntaria del embarazo. Cabe recordar también que, en los casos de embarazos frutos de una violación o que representen un grave riesgo para la salud de la mujer, el régimen para el aborto legal es más flexible que para la generalidad de los casos en cuanto a la edad gestacional y al procedimiento a seguir.

La principal legislación nacional marco de este mapa de ruta es la siguiente:

- **Ley 17386 (2001) Acompañamiento a la Mujer en el Preparto, Parto y Nacimiento**
- **Ley 17823 (2004) Código de la Niñez y la Adolescencia**
- **Ley 18335 (2008) Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, Decreto Reglamentario 274/2010**
- **Ley 18426 (2008) Salud Sexual y Reproductiva**
- **Ley 18437 (2008) General de Educación**
- **Ley 18987 (2012) Interrupción Voluntaria del Embarazo**
- **Ley 19307 (2013) Servicios de Comunicación Audiovisual**
- **Ley 19580 (2017) Violencia hacia las Mujeres, Basada en Género**
- **Ley 19643 (2018) Prevención y Combate a la Trata de Personas**

Para profundizar en el marco normativo, ver *Anexo I*.

IV. Ruta de atención para niñas y adolescentes menores de 15 años¹ en situación de embarazo



¹ De acuerdo a la legislación uruguaya, el CNA establece que "se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad" (Ley 17823, 2004).

La ruta se compone de una serie de acciones que deben ser realizadas en todos los casos de embarazo en menores de 15 años.

La detección o sospecha de una situación de embarazo con estas características puede tener lugar en los diferentes ámbitos: salud, educación, deporte, organizaciones sociales o socioeducativas, comunidad, entre otros. Por lo tanto, la activación de este mapa de ruta compete a todos los profesionales, referentes o equipos que trabajan con niñas y adolescentes. Las diferentes instituciones desarrollarán sus mecanismos o protocolos internos para la implementación de este mapa. Se recomienda que a nivel institucional se defina un referente para el acompañamiento de la niña o adolescente. En cualquier caso, es fundamental brindar acompañamiento a la situación en un espacio que brinde confianza, resguarde la intimidad y asegure confidencialidad.

El embarazo en menores de 12 años siempre se considera producto de violación.

En niñas y adolescentes de 12 años y más se considera igualmente una situación que amerita protección y garantías, y en la cual se debe comenzar por valorar la presencia de violencia. Esta *presunción de violencia* ya estaba presente en el Código Penal, a lo que se agrega el artículo 86 de la Ley 19580 de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género que tipifica los delitos de *abuso sexual* y de *abuso sexual agravado*. En función de esto, **el presente mapa de ruta diferencia grupos de edad y contextos.**

Grupos de edad

- menores de 12 años (hasta 11 años inclusive) y
- entre 12 y 14 años

Contextos

- con presencia de abuso
- sin presencia de abuso

Más allá de estas categorizaciones, resulta fundamental que la consideración de la edad y el grado de consentimiento implicado en la relación que dio origen al embarazo esté mediada por la valoración y evaluación del nivel de desarrollo de la niña o adolescente, la presencia de relaciones de violencia o asimétricas y el interés superior, su derecho a ser escuchado y, de acuerdo a su madurez, su capacidad de decidir.

Resulta clave resaltar que **por sí sola la sospecha de embarazo en una niña o adolescente menor de 15 años es un indicador de situación de vulnerabilidad** por diversos motivos: la edad; la imposibilidad de negociación del uso de métodos anticonceptivos, su no utilización o mal uso, y la posibilidad de situaciones de abuso sexual o relaciones sexuales bajo coacción o VBGG. Por esto, es necesario el abordaje de estas situaciones para confirmar o descartar el embarazo e identificar la presencia o no de abuso o violencia sexual.

Se debe tener siempre en cuenta el interés superior y la opinión de las niñas y adolescentes, en el marco de la autonomía progresiva. Cabe aclarar que esto implica también evitar exponer a niñas y adolescentes a tomar decisiones que no están en condiciones de asumir por su escasa madurez, por sus circunstancias de vida o por el daño o el impacto producido como consecuencia de una situación traumática.

Si bien la ruta de atención se centra en las niñas y adolescentes mujeres, en las relaciones entre pares es importante captar y trabajar también con los varones niños o adolescentes. El objetivo es problematizar la situación, visualizar la corresponsabilidad en las decisiones reproductivas y en la crianza (de corresponder) y dar apoyo durante el proceso, sea cual fuere su resolución. Es fundamental destacar que la paternidad adolescente refuerza, en la mayoría de los casos, situaciones de desvinculación escolar, exclusión, vulnerabilidad e ingreso al mercado laboral en condiciones de informalidad para cumplir con los mandatos sociales de *proveedor*. En los casos de relaciones entre pares en las que exista violencia basada en género, coacción o abuso, se debe abordar la situación y comenzar un proceso de trabajo con el varón adolescente según cada caso.

Es esencial consultar a la niña o adolescente, en consideración de su autonomía progresiva, respecto de a quién identifica como adulto protector. Este puede trascender vínculos familiares y también complementarse con un vínculo par, como amigos, por ejemplo. La identificación y acompañamiento de una persona adulta referente es fundamental, pero no indispensable. Se deberán considerar las características del núcleo de convivencia de la niña o adolescente, la presencia o no de referentes adultos protectores, el vínculo que mantienen con ella, entre otros aspectos,

para lograr una intervención oportuna. Si no existiera un adulto protector, se puede coordinar con el INAU para que asigne la persona de referencia.

Siempre es fundamental preguntar la edad de la pareja sexual, que muchas veces es de décadas de diferencia y se naturaliza como parte de una situación consentida.

La intervención social, educativa y en salud deberá armonizarse para garantizar la protección de los NNA.

Se deberá realizar una valoración especial **en caso de discapacidad intelectual o mental**. Se entiende que la discapacidad intelectual implica niveles de vulnerabilidad particulares a la hora de construir un consentimiento de la relación sexual, en primer término, y de la decisión vinculada a la continuidad o no de un embarazo, después. En atención a ello es relevante realizar una evaluación del nivel de afectación de la capacidad de consentir que esta pueda implicar en cada caso, favorecer la toma de decisiones con apoyo ajustado a sus necesidades y valorar las medidas de protección pertinentes. En el caso de niñas o adolescentes con discapacidad intelectual o mental, se deberá evaluar la capacidad para consentir, independientemente de la edad.

Acciones a realizar en todos los casos de sospecha de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años

1. Confirmar o descartar el diagnóstico de embarazo en un servicio de salud

Si el equipo que atiende la situación no corresponde al sector de la salud, debe acompañarla o referenciarla responsablemente al servicio. Se recomienda que la atención sea realizada por un médico de referencia o un equipo de adolescencia. De no existir esta posibilidad en el día, deberá recibir atención en un servicio de emergencia.

El diagnóstico de gravidez se debe realizar a la brevedad. Toda niña o adolescente que concurriese sola al centro de salud tiene derecho a ser atendida (Decreto 274/010, reglamentación de la Ley 18335, 2008). De todos modos, dadas las características de estas situaciones, se debe propender a identificar un adulto referente protector (ARP) que acompañe el proceso según cada caso; aunque es fundamental efectuar una apropiada valoración previa del carácter protector de la persona en cuestión.

2. Identificar la presencia o no de abuso sexual

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

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

En todas las situaciones de sospecha o detección de embarazo en menores de 15 años, en el primer contacto con la niña o adolescente, se deben evaluar los siguientes aspectos:

Criterios para determinar presencia o no de abuso sexual



Con la presencia de al menos una de las circunstancias **resaltadas con color rojo** se está ante una situación de abuso sexual (Ley 19580, 2017). En tal caso, es importante consultar sobre la relación con el abusador e identificar la edad de este, teniendo en cuenta que en ocasiones se ocultan y naturalizan tanto las grandes diferencias de edad como las circunstancias generales de la relación. Debe ponerse especial cuidado en no culpabilizar y prestar una escucha empática que infunda confianza y habilite tanto el relato de la situación como de los temores y preocupaciones frente a ella. Esto es importante en la medida en que, muchas veces, quien ejerce abuso no es percibido como tal; sino que es una persona significativa afectivamente para la niña o adolescente y genera ambivalencias en ella (MSP, 2018).

Es fundamental, también, tomar en cuenta trayectorias, valoraciones e intervenciones realizadas por otros equipos respecto a situaciones de abuso sexual de esa niña o adolescente en particular.

Aportes para garantizar la protección de las niñas y adolescentes en situación de embarazo

¿QUÉ HACER?




- Habilitar espacios que propicien confidencialidad y seguridad a las niñas y adolescentes durante todo el proceso, particularmente en la primera aproximación.
- Favorecer las valoraciones de riesgos físicos y psicoemocionales de modo oportuno.
- Acompañar la toma de decisiones respecto de la continuidad o no del embarazo, los distintos pasos de la ruta en los servicios de salud y los distintos espacios de circulación de las niñas y adolescentes.

¿QUÉ NO HACER?



- No acudir a referentes adultos de la niña sin la apropiada valoración previa del carácter protector de estos. Recordar que la comunicación o búsqueda de un adulto referente requerirá el consentimiento de la niña o adolescente dependiendo de su madurez o autonomía progresiva
- No imponer requisitos adicionales a la IVE.
- No generar indicaciones o acciones que deriven en demoras en referencia y contrarreferencia, a nivel local o interdepartamental, de servicios que garanticen la oportuna disponibilidad de IVE y atenciones correspondientes.



1. Acciones a realizar si no se confirma el embarazo ni el abuso sexual

En estos casos se deberá:

- Brindar orientación y escucha en sexualidad, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, noviazgos libres de violencia y anticoncepción (ver Anexo II).
- Referenciar o acompañar al servicio de salud para adolescentes de su institución de salud y realizar las coordinaciones necesarias con otros sectores según cada caso.



2. Acciones a realizar si no se confirma el embarazo y se detecta abuso sexual

Se deberá proceder según los protocolos y mapas institucionales para el abordaje del abuso o violencia sexual en niñas y adolescentes de los diferentes sectores.



3. Acciones a realizar cuando el embarazo es consecuencia de abuso o violencia sexual

En estos casos se presentan dos situaciones de alta complejidad: la presencia de embarazo y el abuso o violencia sexual; ambos aspectos presentes en las circunstancias de vida de una niña o adolescente menor de 15 años, por lo cual deben abordarse los dos de manera conjunta e integral.

Se deberá proceder según los protocolos y mapas institucionales para el abordaje del abuso o violencia sexual en niñas y adolescentes con los que cuentan los diferentes ámbitos.²

Algunos pasos para resaltar

- **Quien detecta la situación**, en acuerdo con la niña o adolescente, **deberá ser quien inicie las acciones** de atención referidas a la situación de abuso **en el mismo día**.

² Protocolo para el abordaje de la violencia sexual a niños, niñas y adolescentes desde el sector salud (MSP, 2018); Pautas de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de emergencia y urgencia (MSP, 2017); Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar (CEIP y ANEP, 2007); Acceso a la Justicia. Protocolo para garantizarlo a NNA víctimas de violencia (SIPIAV, 2018).

• **Identificar lo antes posible al ARP.**³ Si la niña o adolescente no cuenta con referentes afectivos protectores, se contactará, en Montevideo, a la Unidad de Derivación y Urgencia (UDU) del INAU o a los centros de referencial local y, en el interior del país, al Centro de Estudio y Derivación (CED) correspondiente. De este modo se podrá informar la situación y propiciar acompañamiento desde la institución (ver Anexo III).

• **Informar a las autoridades** de la institución correspondiente para que respalden las acciones.

• En el segundo nivel de salud y cuando sea posible, el médico tratante (sea de familia, pediatra, ginecobstetra u otro) informará de manera urgente (en las siguientes 12 horas de tomar contacto con el caso) al jefe de servicio de ginecología y pediatría, quienes podrán convocar, uno o ambos, a un **ateneo multidisciplinario** en las siguientes 24 horas para contribuir a una mejor respuesta terapéutica integral, biopsicosocial y personalizada a la situación de la niña o adolescente en el marco de la implementación del mapa de ruta. Los ateneos son para presentar casos y la discusión hace a la formación y mejora en la calidad de la atención.

• Los **profesionales** que tengan el contacto directo con la niña o adolescente serán quienes conduzcan las acciones en función del diagnóstico de la situación y buscarán favorecer su participación en la toma de decisiones conforme a su grado de madurez. En todos los casos se deberá coordinar con SIPIAV.

• Tomar en cuenta trayectorias, valoraciones e intervenciones realizadas por otros equipos respecto a la situación de abuso o violencia sexual y **evitar superposición de intervenciones** con la misma niña o adolescente.

• El equipo o el profesional de salud deberá evaluar la necesidad de traslado, tal como se establece en MSP, SIPIAV y Unicef (2018) para todos los casos de abuso en NNA:

... cuando la situación clínica lo amerite, se requiera valoración más exhaustiva y/o se requieran medidas de protección transitorias. En los casos que se recurran al ingreso a un nivel de mayor complejidad, es necesario que el equipo del primer nivel se comunique con los profesionales que recibirán al NNA para informar la situación, el riesgo y las intervenciones previas. Se coordinará previo al egreso, el seguimiento con el equipo del primer nivel de atención.

³ Persona adulta que sea para la niña o adolescente una referencia afectiva, capaz de protegerla física y emocionalmente en la situación, en especial en la búsqueda de soluciones. Puede ser un integrante de su familia u otra persona adulta con quien se sienta segura y protegida. Nunca podrá ser la persona que la agrede. Muchas veces consideran de su confianza y cercanía a quien la agrede, pero indudablemente no es la persona que puede brindarle protección y cuidado (CEIP y ANEP, 2013, p. 36).

A corto plazo el equipo realizará la contención emocional e intervención en crisis. Dependiendo de la situación, si corresponde, se realizará paraclínica urgente (serología para ITS y exudados) así como administración de medicación (antibióticos y antivirales). Si hubo contacto génito-genital, génito-anal o génito-vaginal de menos de 72 horas de evolución, se aplicará la pauta actualizada del MSP de agresión sexual aguda. Se deberá considerar la posibilidad de realizar test rápido de VIH y de sífilis al agresor para evitar el tratamiento correspondiente al NNA (MSP, SIPIAV y Unicef, 2018).


• Respecto a la **judicialización** (MSP, 2018), es importante tener en cuenta que esta acción puede tener un doble objetivo: la adopción de medidas de protección y la denuncia de un posible delito. En ese equilibrio siempre deben prevalecer los derechos de la niña o adolescente y su no revictimización. La denuncia debe ser pensada en el marco de una estrategia de intervención, nunca como un fin en sí mismo. Algunos elementos a tener en cuenta para determinar la urgencia de la denuncia son los siguientes:

- Riesgo de daño grave o muerte.
- Que se trate de una menor de 12 años.
- Riesgo de que la situación de violencia sexual continúe.
- Si el adulto que acompaña a la niña o adolescente es quien ejerce la violencia sexual.

Es importante identificar situaciones de explotación sexual comercial de NNA en modalidad de pareja acordada (generalmente encubiertas y naturalizadas bajo diversas circunstancias de riesgo, como ser violencia sexual, psicológica o física), indagar el tiempo que hace que se mantiene esta situación y problematizarla con la niña o adolescente. Es necesario tener en cuenta en tales casos que hay redes que involucran a otros NNA, y que una denuncia apresurada expone a estos a un mayor riesgo.

CUANDO LA SITUACIÓN AMERITA SOLICITUD DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN

- Se podrá realizar la **denuncia** en a) juzgados letrados especializados en violencia basada en género, doméstica y sexual —una vez sean creados—; por el momento, se debe concurrir a juzgados en violencia doméstica, o multimateria en el interior del país cuando no cuentan con los primeros; b) seccional policial o unidad especializada en violencia doméstica y c) FGN, con competencia penal. En el caso de sede judicial, se podrá establecer contacto telefónico para solicitar las medidas de protección y orientar los pasos a seguir; mientras que en sedes policiales es posible optar por mecanismo on line a través de la web.
- En caso de que la niña o adolescente concurren al servicio o centro de salud, educativo o social acompañada por un adulto que se sospecha vulnera sus derechos, ejerce violencia sexual o de otro tipo sobre ella, o avala tales prácticas, se procurará que la niña o adolescente no se retire del centro o servicio con el agresor. Se valorará la alternativa de mayor protección, que puede incluir o no la hospitalización. Se solicitará apoyo al personal del propio centro, incluido personal de seguridad, si esto se valora pertinente y necesario para poder generar **acciones de protección** inmediata hacia la niña o adolescente.
- En caso de que la situación esté judicializada, se coordinarán las acciones que construyan el escenario de mayor protección para la niña o adolescente. Con el fin de **evitar la revictimización**, es importante que los equipos intervinientes realicen informes claros y libres de sesgos; evitando, además, una redacción que, por ser explícita, pueda vulnerar la intimidad (privacidad) y la protección de los derechos de las niñas o adolescentes que padecieron la situación de violencia.
- En el caso de presentar **denuncia penal**, se podrá contar con la asistencia de la Unidad de Víctimas y Testigos de la FGN para el acompañamiento, asistencia y sostén de las víctimas durante la investigación preliminar y el eventual proceso penal.
- La Unidad de Víctimas podrá elaborar, conjuntamente con el equipo técnico que ya se encontraba interviniendo en la situación, un **plan de acompañamiento** que facilite su participación en el proceso e incluya la coordinación con servicios de salud, centros educativos, programas, planes y prestaciones sociales especializados en la temática.



4. Acciones a seguir con niñas y adolescentes de 12 a 14 años cuando el embarazo es producto de una relación consentida entre pares

Las situaciones de embarazos de adolescentes de 12 a 14 años que son producto de relaciones entre pares también son escenarios de vulnerabilidad, dada la edad, el mantenimiento de relaciones sexuales sin uso o con un mal uso de métodos anticonceptivos, la desinformación, la dificultad para la negociación sexual, entre otros.

En esta clase de casos, se debe identificar, en ese primer momento, al ARP. Si la niña o adolescente no cuenta con referentes afectivos protectores, se contactará a la UDU del INAU; en Montevideo, a los centros de referencial local y, en el interior del país, al CED que corresponda. De este modo se podrá informar la situación y propiciar acompañamiento desde la institución (*ver Anexo III*).

DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN O CONTINUIDAD DEL EMBARAZO EN TODOS LOS CASOS DE MENORES DE 15 AÑOS

Se deberá generar un espacio para la toma de decisiones respecto a la continuidad o no del embarazo, teniendo en cuenta las orientaciones para el abordaje de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años desde la perspectiva psicoemocional (ver *Capítulo V*).

A continuación, se presentan las directrices según la opción a seguir (IVE o continuidad del embarazo) y se brindan algunas especificidades sobre las situaciones de abuso.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Si del asesoramiento previo se desprende que la niña o adolescente considera la posibilidad de interrumpir el embarazo o tiene dudas al respecto, se referenciará al equipo multidisciplinario para comenzar el proceso.⁴

Tener presente que en los casos de grave riesgo para la salud o malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, no rigen los plazos y requisitos generales para la interrupción del embarazo (Ley 18987, 2012).

Según establece la Ley 18987, los plazos para la IVE son los siguientes:

- **Durante las primeras 12 semanas por sola decisión de la niña o adolescente.**
- **Durante las primeras 14 semanas en caso que se cuente con denuncia judicial de violación.**
- **Sin límite de edad gestacional cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la niña o adolescente o existan enfermedades que determinen en el feto malformaciones incompatibles con la vida extrauterina (aborto terapéutico).**

Si se considera el aborto terapéutico, no es necesario realizar la secuencia de consultas del proceso de IVE. La ley establece que en las situaciones excepcionales (violación, riesgo para la vida o malformación fetal incompatible con la vida extrauterina) no es obligatorio cumplir todos los requisitos, es decir, consulta con equipo multidisciplinario y días de reflexión; pero estos se pueden llevar a cabo de todos modos si existen los tiempos necesarios.

⁴ Este equipo está constituido por ley en cada institución e integrado por referente de salud mental, trabajo social y ginecología.

Dadas las características de este grupo etario y el impacto que el embarazo puede tener en la salud física y mental de la niña o adolescente, deberá analizarse la causal *grave riesgo de salud materna*, en cada caso y situación.

No obstante, es necesario precisar que siempre se requiere el consentimiento de la niña o adolescente para la IVE. Una vez tomada la decisión, junto con el equipo de IVE, teniendo en cuenta la opinión de la niña o adolescente y en concordancia con la guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo del Ministerio de Salud (MSP, 2016), se evaluará el mejor método y el mejor lugar para la realización de la interrupción. Se convocará al ARP de la niña o adolescente para que la acompañe en el período de días previo a la efectivización de la IVE y durante el proceso. Si se trata de adolescentes maduras, se convocará si ella lo autoriza.

- Para la **elección del método** (medicación, legrado aspirativo o aspiración manual endouterina),⁵ se deberá valorar el que presente los menores riesgos posibles en función de criterios clínicos, edad gestacional, características físicas y psicológicas de la niña o adolescente y opinión de esta. El procedimiento deberá realizarse con adecuado manejo del dolor, considerando el entorno y con condiciones de atención personalizada.

- Para la **elección del lugar**, se deberán tomar en cuenta los recursos simbólicos, materiales y familiares de la niña o adolescente (opinión de la niña o adolescente, capacidad de autoadministrarse la medicación, características de la vivienda en términos de higiene y privacidad, capacidad de la familia o referente adulto de continental el proceso, etc.). Para definir la realización de IVE en el ámbito del hogar, el equipo deberá tener certeza que tanto el acompañamiento como las condiciones para el tratamiento estén garantizadas y resulten la opción más protectora para la niña o adolescente, ofreciéndole incluso la posibilidad de la internación para realizar el procedimiento.

- En caso de que la opción sea la **internación**, es importante que en cada turno hospitalario se identifique, dentro del equipo de salud, la persona más idónea para trabajar estas situaciones, y que sea ella quien oficie de referente y acompañe a la niña o adolescente durante todo el proceso asistencial, reúna las informaciones y las comunique en cada paso.⁶ Es relevante que se privilegie la personalización en la atención de la niña o adolescente durante todo el proceso.

⁵ Este será de elección frente al legrado aspirativo, en caso de estar disponible la prestación.

⁶ Asimismo, se recomienda evitar las rondas de estudiantes de medicina o enfermería durante la internación de las niñas y adolescentes que están transitando un proceso de IVE.

- Si la opción más adecuada es el domicilio de la niña o adolescente, se deberá asignar un **referente del equipo de salud** para ese caso, quien acompañe y dé seguimiento al proceso. Esto implica contar con un mecanismo para que la niña o adolescente y el referente adulto puedan contactarse telefónicamente durante el proceso de interrupción, si les es necesario. Posteriormente a la interrupción, se deberá brindar un seguimiento telefónico y convocar a la consulta en salud. En caso de no concurrir, corresponderá realizar una visita domiciliaria que asegure la consulta luego de realizada la interrupción.

SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE IVE

- El seguimiento dispuesto para los casos en que proceda IVE, además de lo establecido en el *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo* (consulta IVE 4) (MSP, 2016), deberá incluir la referencia al servicio de salud para adolescentes de su prestador para definir las características del seguimiento. Se evaluará, en conjunto con la niña o adolescente y el equipo tratante, la pertinencia de un **abordaje psicológico**. En caso de ser necesario, se podrá contar con entrevistas de acompañamiento llevadas a cabo por el mismo equipo que realizó la evaluación psicosocial o derivar a comité de recepción de salud mental del prestador que le corresponda.

- Se deberá brindar la posibilidad de **integración a un programa social** (en caso de que no participe) y promover la **inclusión educativa** asegurando la continuidad de la trayectoria.

EN CASOS DE ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL

- El seguimiento se dará conjuntamente con el proceso de la atención al caso de abuso o violencia sexual, por lo que es fundamental coordinar y no superponer acciones. Incluirá **acompañamiento** en la elaboración de la experiencia traumática, seguimiento educativo y social, y orientación y escucha en salud sexual y reproductiva que incluya anticoncepción en caso de que mantenga relaciones sexuales consentidas, no en un contexto de abuso (Ver Anexo II).

- **Se coordinará interinstitucionalmente**, incluyendo lo referido al acceso a prestaciones de salud mental dirigidas a los NNA del *Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud* (MSP, 2011) en los distintos prestadores.

- Las acciones de seguimiento incluyen la **preparación del reintegro** de la niña o adolescente al ámbito educativo y a la comunidad de referencia, valorando los soportes necesarios para su protección y bienestar e incluyendo el resguardo de confidencialidad. Es necesario generar la evaluación y la orientación para el acceso a apoyos y prestaciones sociales, en caso de que corresponda.

- **Protección especial**: en caso de que la situación de la niña o adolescente involucre la privación temporal de cuidados parentales por ausencia de referentes familiares protectores y se deban valorar alternativas de protección desde el Estado, el ingreso a un residencial de 24 horas será contemplado como última opción, deberá responder al interés superior de la niña y deberá darse mediante la autorización de un juez de familia especializada.

CONTINUIDAD DEL EMBARAZO

- Se debe generar un **plan de atención** a la niña o adolescente embarazada. Esto incluye controles de embarazo regular y valoración cuidadosa de los riesgos para su salud y la del feto, a los efectos de tomar acciones pertinentes.

- Se establecerán acciones de **seguimiento** de los equipos de salud mental o equipos de policlínicas adolescentes. Se deberá brindar la posibilidad de **integración a un programa social** (en caso de que ya no participe) y promover la **inclusión educativa**, asegurando la continuidad de la trayectoria.

- Se debe evaluar previamente, **preparar y acompañar lo referido al parto y nacimiento** considerando las características y la situación de la niña o adolescente. Es importante el manejo del dolor físico y la opción por la analgesia en relación con la atención del parto. Desde el equipo del centro de salud que atienda a la niña o adolescente y su hijo, así como otros programas que se encuentren interviniendo en la situación, se establecerán acciones de acompañamiento al puerperio (incluye consulta en puerperio a los siete y diez días y control de recién nacido), apoyo en pautas y prácticas de cuidado del recién nacido, lactancia, promoción de su incorporación en espacios de participación de NNA, fortalecimiento de capacidades parentales y pautas de crianza no violentas para prevenir castigo físico y otras formas de abuso infantil,⁷ asesoramiento en salud sexual y reproductiva y anticoncepción, cuando corresponda, entre otros (Ver Anexo II).

⁷ Se sugiere consultar paquete técnico aportado por la OMS (2016), titulado Inspire: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños.

MATERNIDAD

- Realizar una estrategia que apunte desde la dimensión educativa y formativa y que brinde alternativas para el **apoyo al cuidado infantil** en conjunto con las instituciones involucradas en dichas políticas.

DESVÍNCULO O ADOPCIÓN

En caso de que sea su decisión no criar al niño, se podrán trabajar **posibilidades en la familia extensa**, si fuera pertinente. Si la niña o adolescente quisiera optar por el desvínculo, se derivará al Departamento de Adopciones de INAU para el asesoramiento de este proceso, y la obtención de apoyo integral y acompañamiento previo y posterior **a la integración del niño a una familia adoptiva**. El equipo de salud actuante deberá seguir el *Protocolo de intervención en situaciones de desvínculo madre de origen - recién nacido*.

EN CASOS DE ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL

- Se plantearán las acciones para la **atención y reparación de la situación de abuso o violencia sexual** en forma conjunta con las acciones de acompañamiento a la maternidad o desvínculo.

EN CASOS DE RELACIONES CONSENTIDAS ENTRE PARES

- Propiciar un acompañamiento desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva, trabajando lo referido a **anticoncepción** y negociación involucrada en el uso de los métodos desde la perspectiva de género, y la **prevención de situaciones de violencia** basada en género o particularmente violencia en el noviazgo, elementos a trabajar tanto con la adolescente mujer como con el varón (Ver Anexo II).
- Realizar un abordaje integral de la situación e impulsar la construcción de la **red de sostén** próxima de la adolescente o pareja adolescente en coordinación con programas o servicios en territorio.
- Se debe **trabajar con el adolescente padre** aspectos que hacen a la corresponsabilidad en los cuidados, la construcción de masculinidades más igualitarias, la paternidad, la salud sexual y reproductiva, entre otros.

Todo niño tiene derecho a la identidad y al desarrollo pleno asegurado por las condiciones adecuadas, los cuidados y la crianza responsable de ambos progenitores. Al conceptualizar *crianza*, es necesario destacar que esta no está solamente asociada con el sustento económico a los hijos. Los conceptos de *nuevas paternidades* que hacen referencia a paternidades responsables definen que la crianza de todo niño es un deber compartido entre padre y madre; y hacen referencia a la

función social básica para garantizar la satisfacción de necesidades económicas y materiales del niño o la niña —alimento, vestido, educación, salud, entre otros— y la satisfacción de necesidades afectivas y emocionales —amor, ternura, comprensión, respeto, entre otros—, a fin de garantizar su desarrollo integral (Ceciliano y Rivera, 2004, p. 32).

Se hace necesario trabajar por la corresponsabilidad parental en la crianza. Esta debe ser ejercida en todos los órdenes, tanto en el cumplimiento de las pensiones alimenticias, como en todas las necesidades de los NNA. Es un deber de los referentes adultos y un derecho de los NNA (CNCHDDNA, 2018).

El deber de los Estados de tomar medidas que aseguren el pago de la obligación alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera del niño se desprende del derecho a un nivel de vida adecuado, el cual se encuentra consagrado en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en el artículo 27 la CDN.

Estas disposiciones reconocen que toda persona tiene el derecho a un nivel de vida adecuado, establecen que los padres tienen el deber primordial de proporcionar las condiciones de vida necesarias para el adecuado desarrollo de un niño y aseveran que es el Estado quien debe tomar medidas apropiadas para dar efectividad a este derecho. De este modo, se ha destacado que

la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, reconocen entidad universal a la obligación alimentaria y su carácter de derecho humano autónomo e individual (Kemelmajer et al., 2014).

Ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de posible embarazo

SOSPECHA DE EMBARAZO EN CENTRO DE SALUD, INSTITUCIÓN EDUCATIVA, PROGRAMA SOCIAL U OTROS

Se recomienda que a nivel institucional se definan referentes para el acompañamiento de la niña o adolescente

¿CONFIRMA EMBARAZO?
EN SERVICIO DE SALUD
(REFERENCIA RESPONSABLE)

NO

EMBARAZO DESCARTADO

¿Existe abuso sexual?
¿Se encuentra en al menos alguna de estas situaciones?

- Menor de 12 años
- Pareja sexual más de 10 años mayor
- No existió consentimiento

NO

Consejería anticonceptiva en salud sexual y reproductiva

- Vinculación a red de servicios sociales y educativos, si no tiene
- Referenciar al servicio de salud para adolescentes



- Aplicar el protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia NNA en el marco del SNIS del MSP. Inicio de acciones el mismo día.

SÍ

SÍ

EMBARAZO CONFIRMADO

¿Existe abuso sexual?
¿Se encuentra en al menos alguna de estas situaciones?

- Menor de 12 años
- Pareja sexual más de 10 años mayor
- No existió consentimiento

SÍ

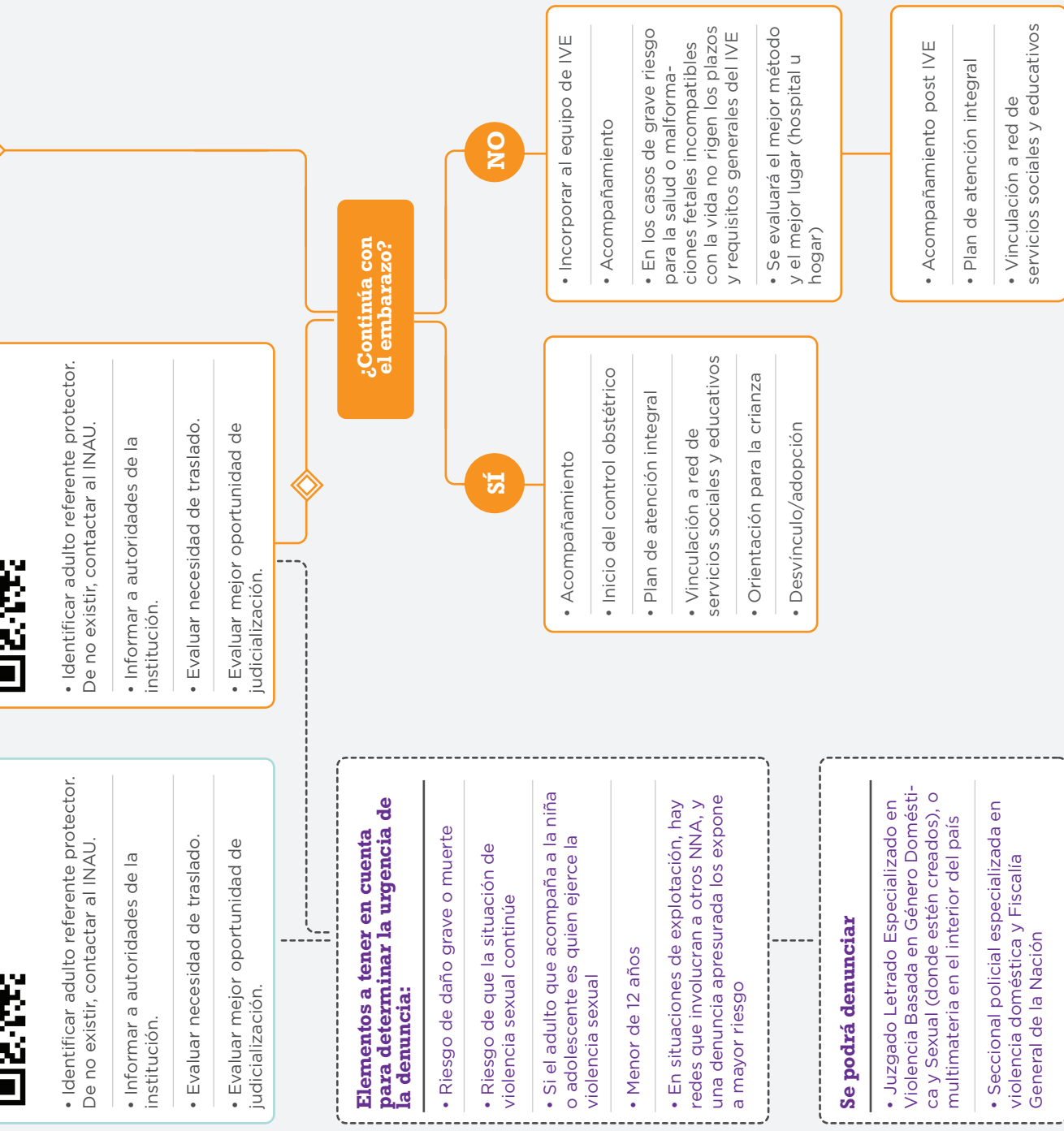
- Aplicar el protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia NNA en el marco del SNIS del MSP. Inicio de acciones el mismo día.



NO

• Entrevistas de evaluación de la situación psicoemocional

ABORDAJE



Descargá este documento y la hoja de ruta completa:



Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes

PRESENCIA
Ministerio de Educación y Cultura

MEC
Ministerio de Educación y Cultura

Ministerio de SALUD

mides
Ministerio de Desarrollo Social

inju
Instituto Nacional de la Juventud

inmujeres
Instituto Nacional de las Mujeres

ANEP

assessalud

inau
Instituto Nacional de Adolescentes del Uruguay

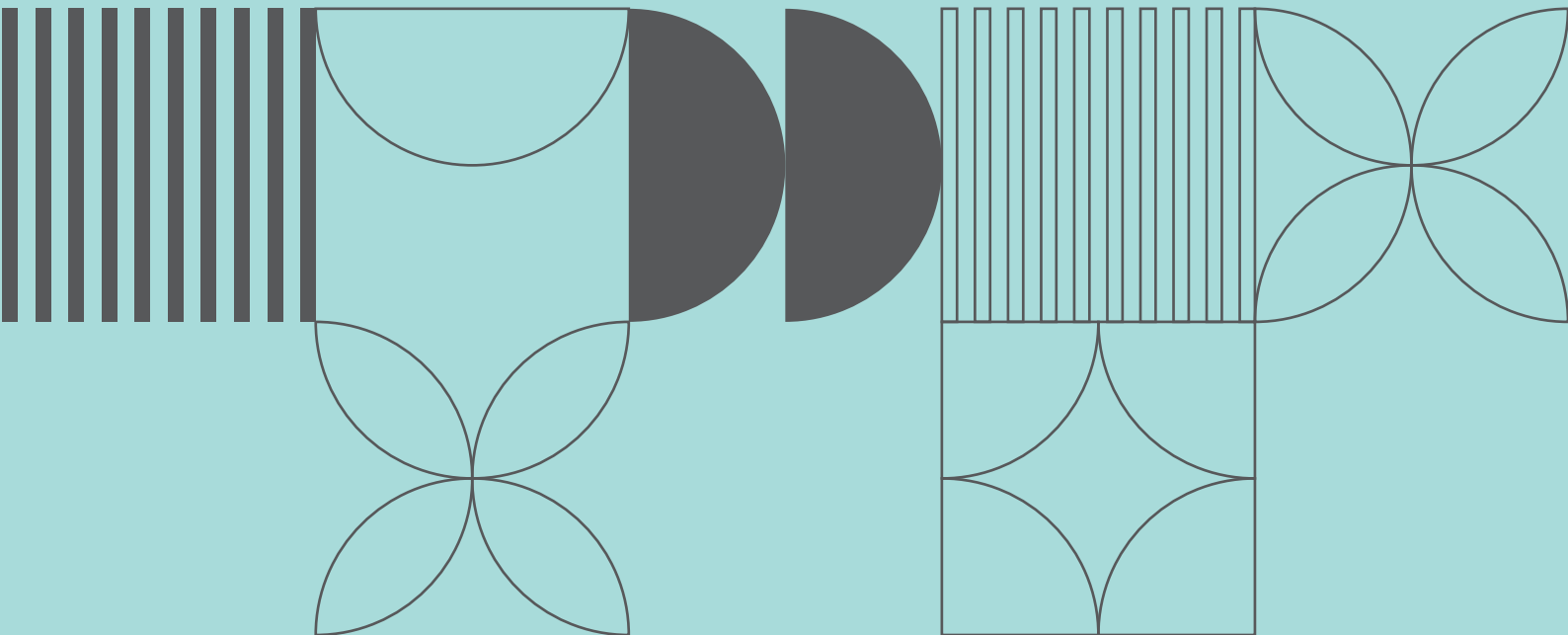
ASDer
Asociación de Docentes y Educadoras de la Enseñanza Secundaria

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

UNFPA

unicef

OPS



V. Orientaciones para el abordaje de situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años desde la perspectiva psicoemocional

Elaborado por
Susana Grunbaum y Magdalena Álvarez,
con la colaboración de Verónica Galizia,
Alejandra López y Josefina Mora



A continuación se presentan recomendaciones generales para acompañar la toma de decisiones respecto a la continuidad o interrupción del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años y un modelo de abordaje y atención psicoemocional específico que permitan acompañar y planificar la intervención y el seguimiento.

Es necesario precisar que este modelo de abordaje no debe resultar, en ningún caso, un obstáculo o requisito adicional para que las niñas y adolescentes accedan al proceso de IVE si así lo solicitan o requieren.

PUNTO DE PARTIDA: ASPECTOS GENERALES

En situaciones de alta complejidad, como lo es el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años, resulta clave que el equipo técnico establezca los consensos básicos que guiarán la intervención: qué es lo que necesita la niña o adolescente y cuáles son las acciones que protegen sus derechos atentos a su interés superior.

Es importante tener en cuenta que los mandatos sociales, los miedos y las creencias implican obstáculos a la hora de considerar con información y libertad sus opciones y pensar posibilidades.

El embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años implica una situación crítica que requiere el apoyo, la evaluación y la atención de un equipo técnico especializado.

Se trata de una situación de gran complejidad (en todas las dimensiones de lo biopsicosocial), por lo cual el profesional o equipo que tome contacto con una niña o adolescente en esta situación deberá ser extremadamente cuidadoso con los pasos a seguir. Se busca realizar un abordaje oportuno, temprano e integral, y con base en el trabajo de un equipo

que disponga de las mejores herramientas para analizar cada situación y definir, junto con la niña o adolescente (y su familia o referente adulto protector según corresponda), las decisiones más adecuadas a tomar.

El embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años debe analizarse en función de algunas variables que suponen diferentes situaciones:

- Origen del embarazo: violación, abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar, explotación sexual comercial o no comercial, no uso o uso inconsistente de medidas anticonceptivas.
- Diferencia con la edad del varón progenitor superior a 10 años.
- Condiciones sociales y familiares de vida de la niña o adolescente: institucionalización, deficiente cobertura de salud, privación de libertad, situación de calle, pobreza extrema, fuera del sistema educativo, entre otras.
- Condiciones emocionales y cognitivas de la niña o adolescente: discapacidad, afectaciones en salud mental, uso problemático de sustancias, abandono o soledad, conflictividad familiar severa.

Las condiciones previamente señaladas y sus intersecciones deben considerarse como elementos de valoración de potenciales riesgos y daños en las recomendaciones del equipo, pues inciden en las posibilidades de la niña o adolescente para tomar decisiones considerando la opción más protectora para sí misma y su bienestar futuro. Estas decisiones tendrán efectos en el corto y largo plazo no solo en la vida de la propia adolescente, sino también en su hijo.

Respetar la autonomía y capacidad de decisión de la niña o adolescente implica un trabajo de diálogo y acercamiento que contribuya a la toma de decisiones. El espacio de trabajo psicoemocional resulta un ámbito apropiado para profundizar en

esa dimensión, en especial con quienes han vivido vulneración de sus derechos.

RECOMENDACIONES

Guía para profesionales que toman contacto al inicio del proceso

Una vez constatado el embarazo en un servicio de salud, es muy importante implementar una guía estandarizada de preguntas que permita no solo recoger información clave sobre la niña o adolescente, el origen del embarazo y sus circunstancias; sino también hacer una adecuada valoración de potenciales riesgos y daños, de modo de orientar el trabajo profesional. Dicha guía también puede ser aplicada en otras instituciones que trabajan con niñas y adolescentes, tras haberla acompañado al centro de salud correspondiente.

En los casos en que el embarazo sea producto de abuso sexual se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Los relatos se presentan de forma ambigua, confusa, por momentos sin hilo conductor, ya que están atravesados por sentimientos de culpa, vergüenza, miedo y angustia propios de las situaciones de violencia y abuso sexual.
- Es fundamental comprender, alentar y desculpabilizar —ubicando las responsabilidades en las personas adultas y en quien ejerció la violencia—, y permitir y habilitar que exprese sus emociones, infundiendo confianza y creyendo en sus palabras.
- Se requiere indagar acerca de los miedos, tratar de encontrar caminos de salida y buscar que pueda expresar qué cosas le darían seguridad a futuro.

- Es necesario identificar y valorar la existencia de una persona protectora del medio familiar o de su entorno cercano que pueda ser una referencia afectiva importante de apoyo en este proceso. En el caso de que se carezca de dicha figura, se deberá contactar a INAU, quien brindará una referencia.

- Evaluar los riesgos y potenciales daños emocionales y físicos.

- Es importante identificar factores protectores.

¿QUÉ NO HACER EN LA ENTREVISTA?



- Indagar detalles.

- Presionar hacia la toma de decisiones.

- Culpabilizar. Esto incluye interrogar respecto de acciones no tomadas referidas a su situación y acciones de prevención (por ejemplo, preguntas como “¿por qué no hablaste antes?” o “¿por qué no te cuidaste?”).

- Infundir miedo.

- Desvalorizar a la adolescente en sus planteos o minimizar preocupaciones.

MODELO DE ABORDAJE Y ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL ESPECÍFICO

Se propone que todas las niñas y adolescentes menores de 15 años que cursan un embarazo dispongan de un espacio de apoyo psicológico individual cuya función es permitir la reflexión, el asesoramiento, la toma de decisiones y el acompañamiento respetuoso, confidencial y privado desde el momento de la sospecha o confirmación. Este espacio debe estar disponible para todas las niñas y adolescentes, con especial énfasis para aquellas que transitan su vida en un entorno familiar y social de mayor vulnerabilidad. Debe propiciar la escucha a la niña o adolescente sobre su situación vital, las circunstancias que desembocaron en el embarazo, los recursos familiares y sociales de apoyo, sus reacciones emocionales frente al embarazo y sus derivaciones. Se proyecta como un espacio que habilite a que la niña pueda narrar su historia personal y familiar, lo que permitirá valorar el nivel de autonomía y los recursos cognitivos, emocionales y sociales de los que dispone para la toma de la decisión.

OBJETIVOS DEL MODELO DE ABORDAJE Y ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL ESPECÍFICO

- Informar a las niñas y adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos, los recursos institucionales, los apoyos disponibles y el encuadre general del acompañamiento que ofrecen las instituciones durante todo el proceso.
- Brindar a la niña o adolescente un espacio de escucha y elaboración de su situación para explorar su reacción emocional frente al embarazo y valorar los recursos cognitivos y emocionales de que dispone para enfrentar la situación y su resolución.

- Valorar técnicamente los potenciales riesgos y daños que implica el embarazo no intencional, su continuación o su interrupción.

- Evaluar los recursos de apoyo familiar y social con que cuenta la niña o adolescente para enfrentar la situación y su resolución.

Se debe establecer un vínculo fundado en la confianza básica y en la empatía, propiciando una escucha sensible y atenta al relato de la niña o adolescente. Se busca transmitir la comprensión de la compleja situación que está viviendo, ubicar la relevancia para su vida actual y futura, y ofrecer el apoyo técnico en la toma de decisiones. Es necesario proporcionar tiempo para que la adolescente pueda relatar lo que quiera desde un lugar de comodidad. Luego de que se ha logrado un clima propicio, es preciso prestar atención a los indicadores que puedan surgir con relación al embarazo no intencional y a posibles situaciones de violencia o abuso sexual.

Si bien a continuación se propone que el espacio se realice en el transcurso de cuatro entrevistas de tipo semiestructurado, lo más importante es abordar las temáticas y objetivos planteados, lo cual podrá llevarse a cabo en un mínimo de dos encuentros.

EQUIPOS Y ESPACIOS PARA LLEVAR ADELANTE ESTE MODELO

El modelo a desarrollar requerirá de **profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras) idóneos en el trabajo con niñas y adolescentes y con herramientas técnicas en salud mental, salud sexual y reproductiva, enfoque de género y derechos humanos.** En este sentido, es indispensable contar con profesionales que tengan vasta experiencia en entrevista clínica con niñas y adolescentes.

Este espacio podrá implementarse tanto en el servicio de salud como en el primer ámbito, programa o institución que capte a la niña o adolescente embarazada.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ABORDAJE Y ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL ESPECÍFICO

Estarán estructuradas en temáticas preestablecidas a ajustar en cada situación. Se debe permitir en cada una de las instancias el abordaje de diversos escenarios para conocer y comprender en profundidad la situación de la niña o adolescente respecto a la condición de embarazo y el lugar que ocupa en su imaginario, en su realidad cotidiana y en su proyecto. En todos los casos se debe realizar en un espacio físico que asegure confidencialidad y privacidad.

ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO DE LAS ENTREVISTAS

• Entrevista 1

Temática a abordar en las entrevistas:

Confirmación del embarazo en los planos simbólico, emocional, familiar y contextual

• Entrevista 2

Temática a abordar en las entrevistas:

Valoración de autonomía y riesgos.

• Entrevista 3

Temática a abordar en las entrevistas:

Proyectos de futuro, recursos y escenarios para su concreción.

• Entrevista 4

Temática a abordar en las entrevistas:

Devolución, informe y recomendaciones.

A continuación, se presentan algunas orientaciones para tener en cuenta a la hora de llevar a cabo las entrevistas con niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo.

Se debe tener en cuenta que estas entrevistas se suceden en el marco de una atención en crisis: las niñas y adolescentes presentan ambivalencia, dada tanto por su etapa vital como por la situación de embarazo. Asimismo, resulta fundamental considerar sus condiciones y circunstancias de vida, que inciden en sus opciones y en su forma de procesar las decisiones; así como efectuar una valoración (a cargo de los profesionales) que permita situar los alcances de la capacidad de pensamiento abstracto y el nivel de desarrollo y recursos psíquicos con los que cuenta la niña o adolescente. Toda situación de embarazo no intencional o forzado implica un nivel de ambivalencia más o menos intenso; por tanto, explicitar que esto puede suceder ayuda a disminuir la ansiedad y angustia.

DESARROLLO DE LAS CUATRO ENTREVISTAS

Es necesario describir y explicitar a las niñas y adolescentes las características de las entrevistas, su duración y objetivos, y dar lugar para la recepción de sus expectativas. Se debe hacer hincapié en que las entrevistas son privadas y confidenciales. Se explicará que es importante que reciba información sobre aspectos legales y médicos, entre otros, que contribuyan a apoyar sus decisiones.

ENTREVISTA 1 CONFIRMACIÓN DEL EMBARAZO EN LOS PLANOS SIMBÓLICO, EMOCIONAL, FAMILIAR Y CONTEXTUAL

Los objetivos de esta entrevista son conocer a la niña o adolescente y las circunstancias vitales relevantes de su historia; abrir la posibilidad de pensar su condición actual sin prejuicios ni presiones, y ofrecer información sobre aspectos médicos, legales, emocionales u otros que puedan ser necesarios para la toma de decisiones.

ENTREVISTA 2 VALORACIÓN DE AUTONOMÍA Y RIESGOS

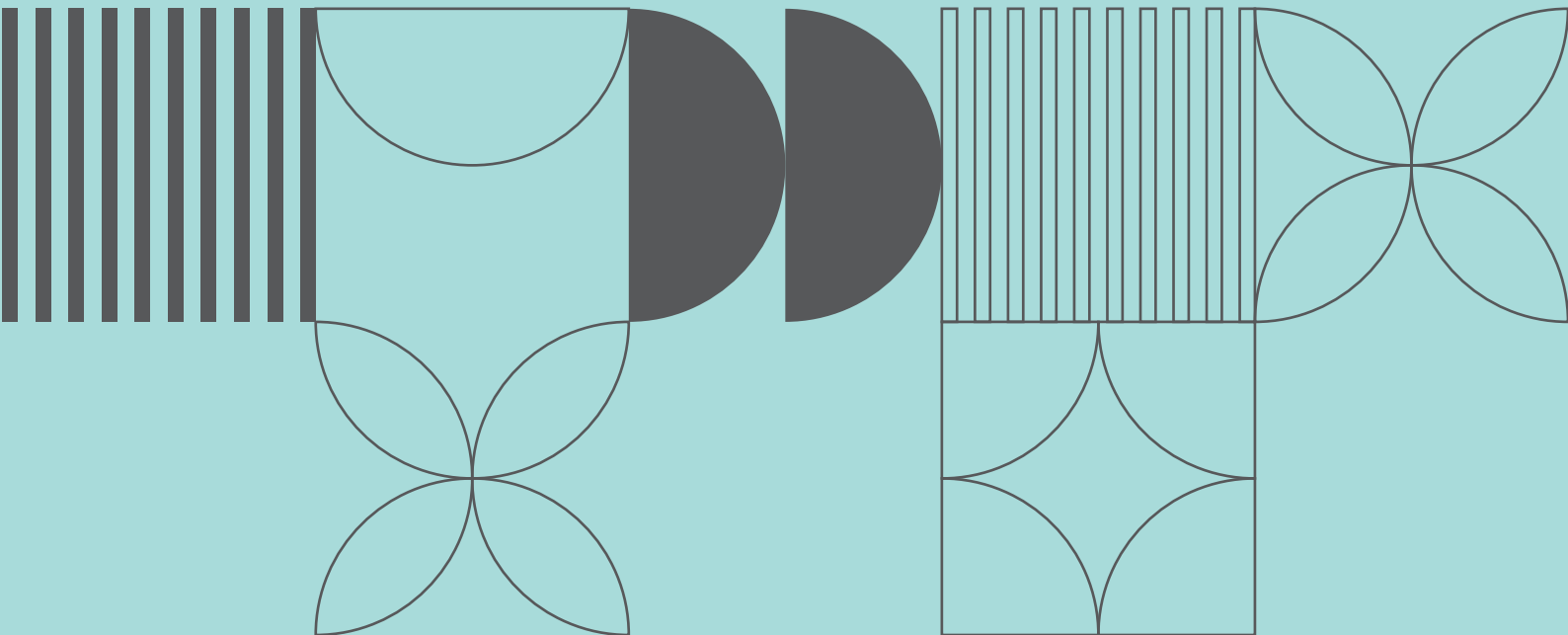
El objetivo de esta entrevista es que el equipo pueda tener una idea clara del nivel cognitivo e intelectual, y de la capacidad y destrezas de la niña o adolescente; conocer si está obligada a realizar tareas domésticas o de otro tipo no acordes a su edad; saber si ha tenido que tomar decisiones sola y en forma autónoma frente a problemas pasados personales o familiares, y explorar algunos ítems de operaciones formales.

ENTREVISTA 3 PROYECTOS DE FUTURO, RECURSOS Y ESCENARIOS PARA SU CONCRECIÓN

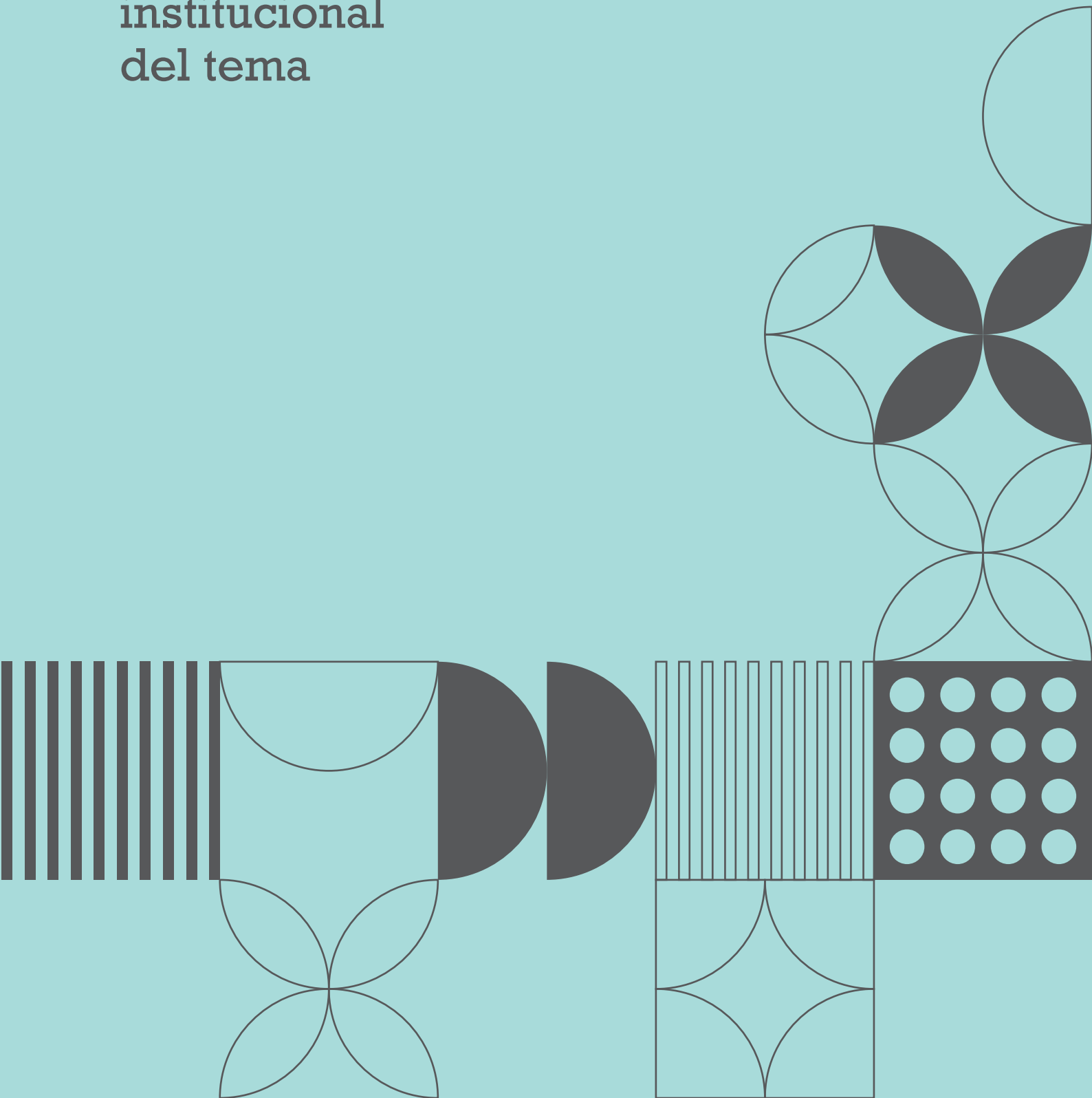
El objetivo de esta entrevista es acercarse a la problematización de la situación de embarazo y maternidad. Se busca que la niña o adolescente logre considerar la complejidad de la maternidad en esta etapa de la vida, visualizar posibles beneficios no conscientes buscados e imaginar un horizonte de proyectos como adolescente.

ENTREVISTA 4 DEVOLUCIÓN Y RECOMENDACIONES

- Se comparten las recomendaciones técnicas y la devolución. Se planifica seguimiento, sea cual sea la definición.
- Se realiza entrevista de devolución a la niña o adolescente junto con su familiar o referente adulto protector (si cuenta con esta figura).
- Se efectúa informe dirigido al equipo de salud local que atendió la primera consulta de la niña o adolescente. En él se exponen los resultados de la evaluación y se incluyen sugerencias y recomendaciones fundamentadas que se comparten y explican con claridad, tanto a la niña o adolescente como a su familiar o referente protector.
- Se realizan las derivaciones a otros dispositivos competentes de acuerdo a las necesidades de cada caso (por ejemplo, equipo de violencia doméstica, denuncia por abuso sexual, prestaciones de salud mental, equipo IVE, espacio adolescente, entre otros).



VI.
Algunos desafíos
y recomendaciones
para el abordaje
institucional
del tema



El punto de partida de la hoja de ruta presentada es una situación de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. La prevención de esta problemática trasciende a esta herramienta y refiere al conjunto de campos de intervención que hacen a la matriz de protección a la infancia y adolescencia, para lo cual se recomienda la lectura en conjunto del documento marco de la *Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes*.

Es necesario tener en cuenta que la detección de un embarazo forzado en niñas y adolescentes originada en una relación abusiva es un proceso en el que muchas veces no basta con una entrevista. Así, se requiere un tiempo que puede interferir con los plazos que marca la normativa de IVE, máxime teniendo en cuenta que la detección del embarazo en estos casos suele ser tardía. La detección temprana, en cambio, permite acciones en salud que tienen impacto en la prevención y eventual atención de enfermedades de transmisión sexual o patologías obstétricas, entre otras. Es importante generar la formación, herramientas y mecanismos para poder captar oportunamente este tipo de situaciones y, así, buscar los caminos y acciones para la protección integral de las niñas y adolescentes.

Se deben identificar y garantizar acciones de reparación apropiadas para las niñas y adolescentes víctimas de violencia y reducir los daños asociados. En algunos casos estas podrán implicar la coordinación y derivación a servicios de atención especializada.

Cuando la niña menor de 12 años decide continuar su embarazo, se genera un debate que implica revisar y construir cuidadosamente la mejor estrategia de protección en función de su interés superior. Supone complejidades particulares, ya que plantea, tanto para las políticas en el tema como para los equipos que abordan las situaciones, la discusión sobre la intervención y las condiciones para la valoración de la autonomía progresiva en este tipo de decisiones. De modo particular, con relación a la continuidad de los embarazos, existe

una tensión entre la interpretación del principio de autonomía progresiva de las niñas y adolescentes y el derecho a ser oídas, y la consideración de su interés superior.

Por otro lado, en el consentimiento del acto médico de la interrupción del embarazo intervienen elementos valóricos. Es necesario problematizar, impulsar los espacios de discusión y encontrar las garantías apropiadas para los procedimientos de los equipos que intervienen frente a situaciones de embarazo en menores de 15 años en Uruguay.

Es preciso no perder de vista que cuando el embarazo en menores de 15 años ocurre entre pares y en un contexto de igualdad, se genera la oportunidad de intervenir con el niño o adolescente. Trabajar la construcción de masculinidades más igualitarias, el ejercicio de derechos y responsabilidades en salud sexual y reproductiva, la corresponsabilidad, entre otros, pueden ser aspectos centrales de esta intervención. Los espacios de salud adolescente presentes en todo el territorio aparecen como ámbitos privilegiados para trabajar estos aspectos.

La continuidad de un proyecto de maternidad temprana plantea el desafío interinstitucional de efectuar esfuerzos para que esta situación no redunde en exclusiones que restrinjan las posibilidades de desarrollo de esa niña o adolescente. Se requiere para ello poner a su disposición y la de sus familias apoyos y acompañamientos consistentes que brinden soporte a sus proyectos de vida cuando la maternidad se concrete.

Es necesario acompañar los esfuerzos por definir hojas de ruta para la atención y asegurar una importante y amplia formación de los equipos profesionales que intervienen en los distintos momentos e instituciones. A estos efectos, resulta fundamental que en la valoración de cada situación particular pueda incorporarse también una mirada acerca de algunos determinantes socioculturales, como son las desigualdades en base al género, la

edad, la ruralidad, la ascendencia étnico racial, la situación de discapacidad y las trayectorias previas de las niñas y adolescentes, entre otras.

Además de la capacitación, es preciso avanzar en profesionalizar la atención, estandarizando ciertos tipos de intervenciones en sintonía con los enfoques de las políticas que se promueven. Esto permite propiciar abordajes consistentes con ellos y con menor margen de incidencia de los criterios personales de quienes toman contacto con las situaciones.

En línea con lo anterior, el sistema de salud ha avanzado en disponer equipos de referencia para ciertos tipos de intervenciones en distintos territorios y prestadores en salud sexual y reproductiva, en violencia de género y generaciones y en adolescencia. Es importante que coordinen el abordaje de estos temas y promuevan complementariedades y acciones oportunas y pertinentes.

De igual modo, además de los mapas de ruta del sector educativo y de salud para atender situaciones de violencia hacia NNA, otras herramientas como la Hoja SIA (Sistema Informático Adolescente) pueden ser utilizadas y potenciadas para la temprana detección de situaciones de riesgo vinculadas a la violencia sexual y para la prevención de esta y de otros efectos que de ella deriven.

El abordaje de los distintos actores y del conjunto de la sociedad de las situaciones de embarazo en menores de 15 años exige una ética comprometida con la protección integral de los derechos de las niñas y adolescentes. Esto incluye a los medios de comunicación y el esencial uso responsable de la información, así como el respeto a la intimidad e imagen de las niñas o adolescentes y sus familias.

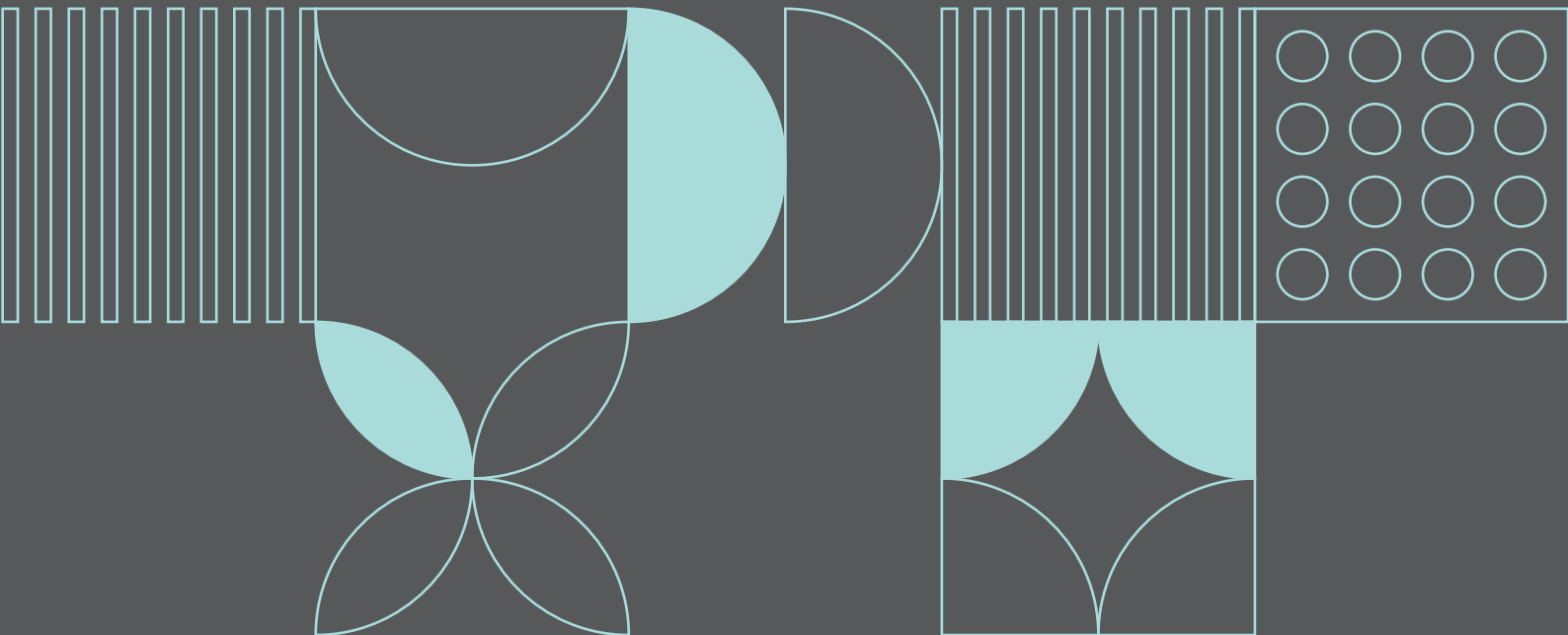
Las situaciones de embarazo en menores de 15 años son, la mayor parte de las veces, el punto emergente del maltrato y abuso instalado hacia las niñas y adolescentes. Los distintos niveles de atención del SNIS deben contribuir a la detección oportuna de

situaciones de maltrato y abuso y, sobre todo, a la posibilidad de desplegar acciones preventivas con respecto a esta problemática.

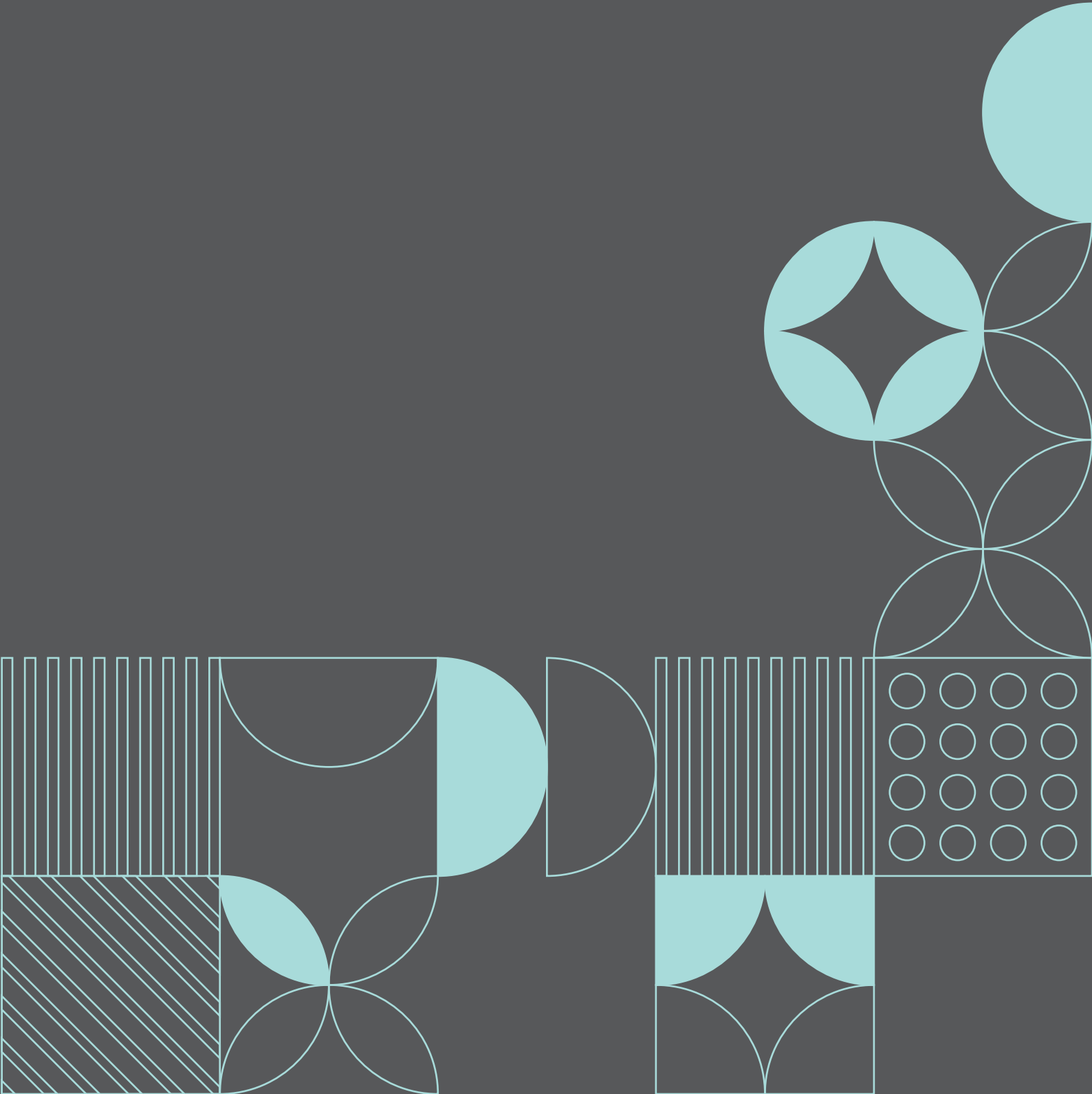
El sector educativo tiene un rol clave en la prevención y el primer abordaje de la violencia y del abuso sexual. Los centros deben conformarse en ámbitos que propicien la prevención y alerta temprana, y contribuyan a interrumpir trayectorias de vulneración de derechos que redunden en violencia sexual hacia los NNA.

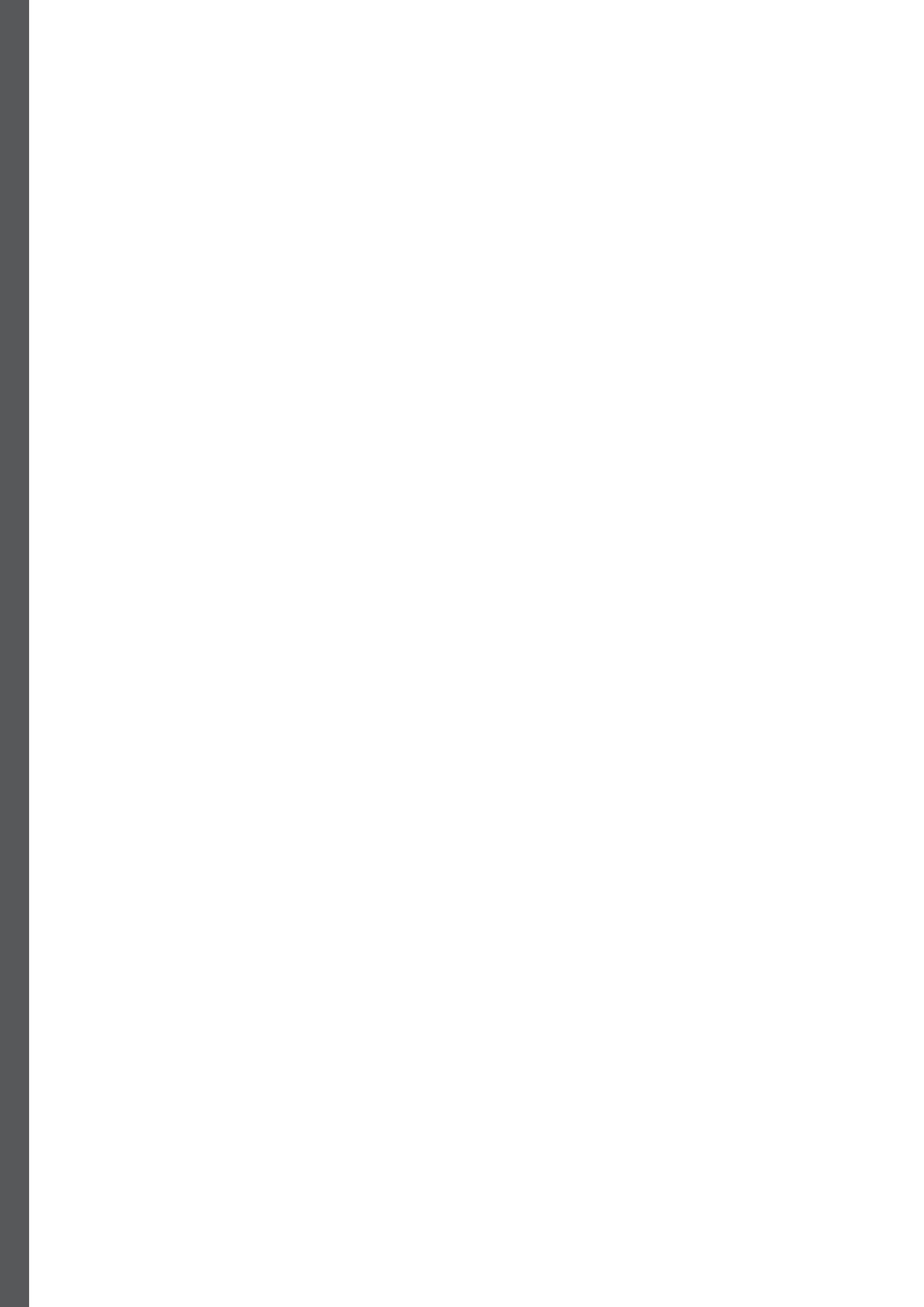
Es de particular importancia, además, generar desde el sistema educativo una fuerte apuesta a la educación sexual integral, de manera que niñas y niños comiencen a temprana edad un proceso de reconocimiento y empoderamiento de sus derechos para una niñez plena libre de violencia.

Además del sector social y sanitario, resulta fundamental desplegar procesos de sensibilización, capacitación y formación en el sistema policial y judicial, específicamente orientados a tratar estas temáticas con el fin de lograr respuestas oportunas, pertinentes y coherentes con el conjunto del sistema de protección hacia la infancia y adolescencia.



Bibliografía consultada

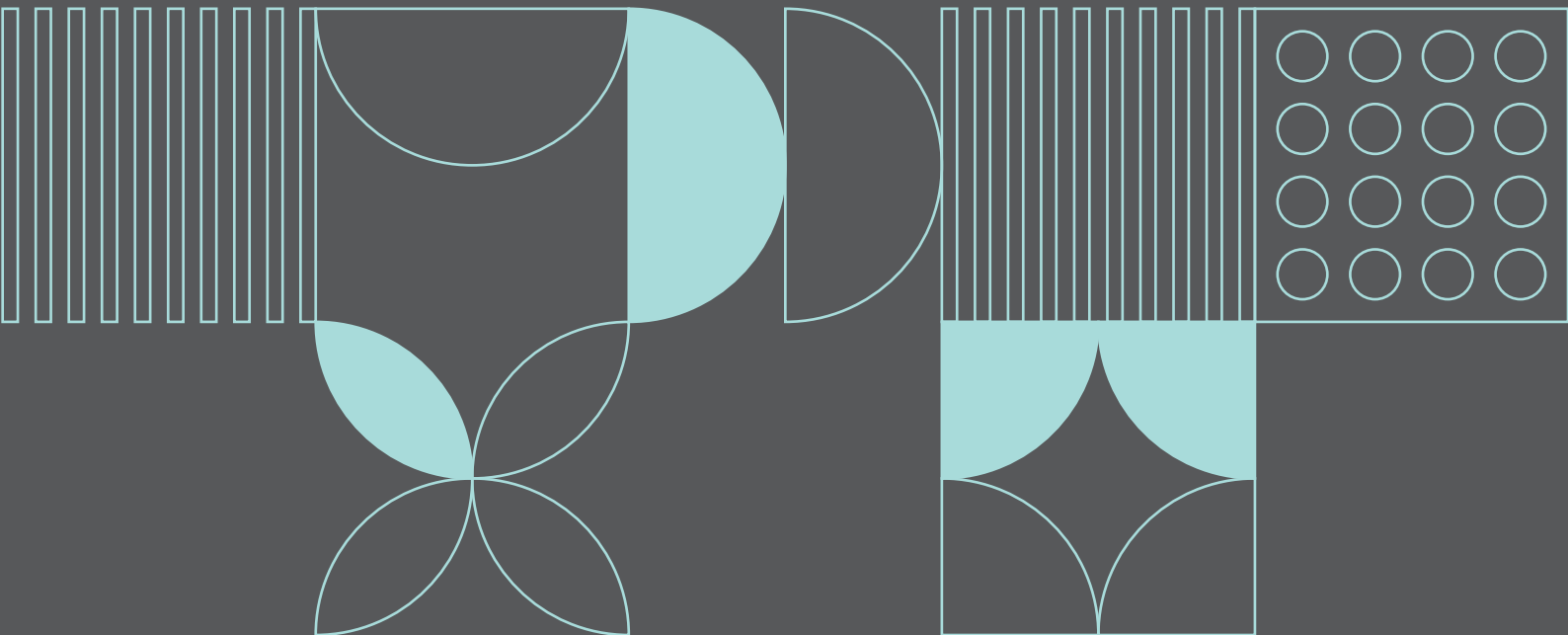




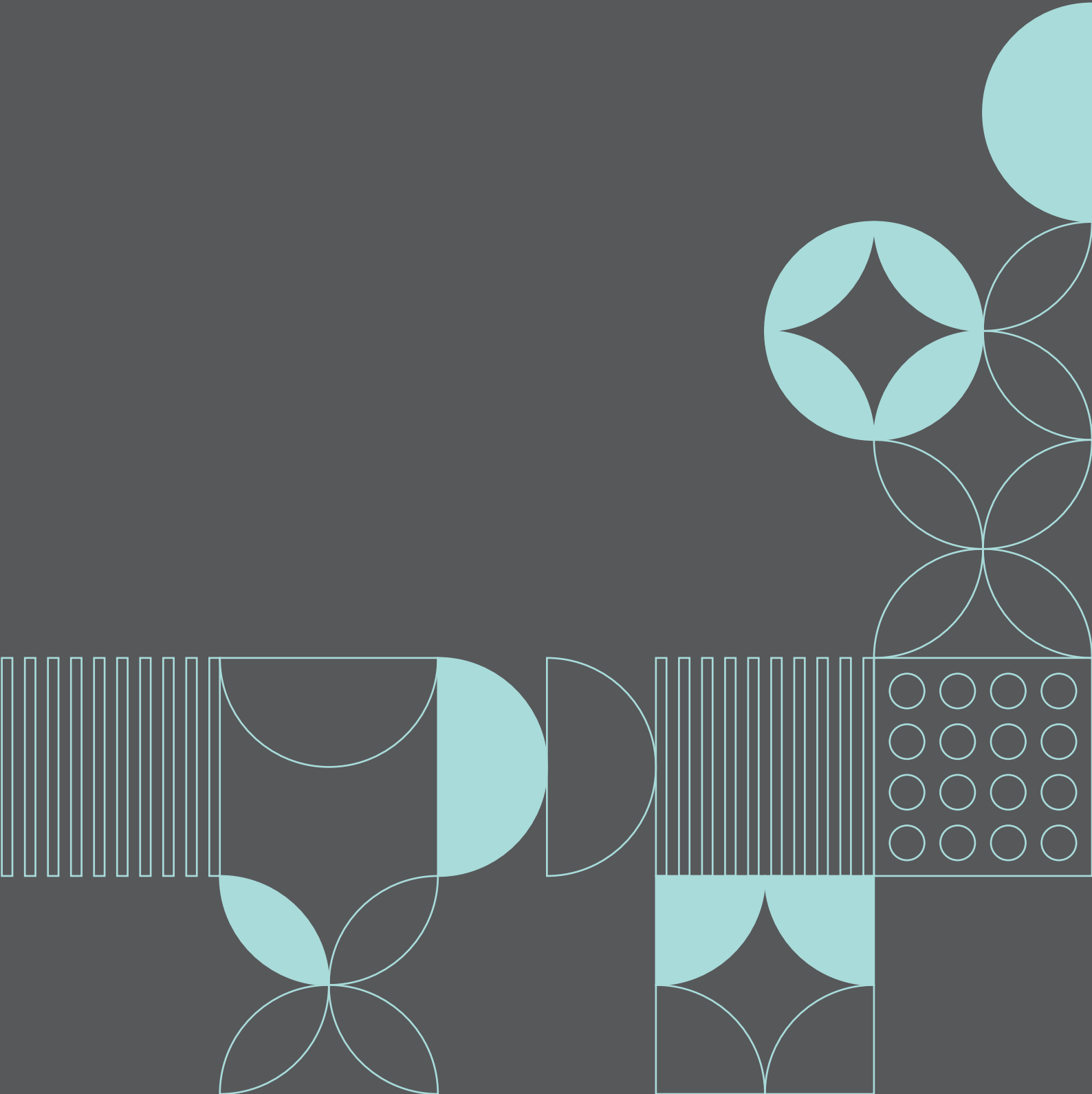
- Amnistía Internacional Uruguay (2017). *Embarazo en niñas en Uruguay. Aportes para la agenda*. Disponible en <https://amnistia.org.uy/embarazo-infantil/>.
- APA (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington: American Psychological Association. Disponible en www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf.
- Carril, E. y López Gómez, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor*. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Montevideo: Trilce.
- Casas, X.; Cabrera, O.; Reingold, R. y Grossman, D. (2016). *Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9 14 años*. Disponible en <https://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf>
- CEIP, SIPIAV y Unicef (2013). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*.
- CES y CETP (2010). *Situaciones de violencia doméstica en adolescentes: protocolo para enseñanza media*.
- Cillero, M. (2011). *El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*. IIN-OEA. Disponible en http://www.iin.oea.org/IIN/cad/Participacion/pdf/el_interes_superior.pdf
- CLADEM (2016). *Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Asunción: CLADEM. Disponible en www.cladem.org/images/imgs-noticias/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf
- CLADEM (2017). *Jugar o parir. Embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe*. Lima: CLADEM.
- CNCHDDNA (2018). *Informe del Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente (CNCHDDNA), sobre la solicitud de opinión de la Comisión de Constitución, Código, Legislación General y Administración (CCCLGA)*.
- Fleming, N.; Tu, X. y Black, A. (2012) Improved obstetrical outcomes for adolescents in a community-based outreach program: a matched cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(12), pp. 1134-1140.
- Hook, H. (1963). Refused abortion: a study of 249 women whose applications were refused by the national Board of Health in Sweden, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 39, p. 156.
- Kemelmajer de Carlucci, A.; Herrera, M.; Lloveras, N.; Peláez, L.; Celaya Ibarra, A.; i Marques, L.; ... y Di Ciommo, T. (2014). *Tratado de derecho de familia: según el código civil y comercial de 2014*. Córdoba: Rubinzal Culzoni.
- Logsdon, M.; Foltz, M.; Stein, B.; Usui, W.; Josephson, A. (2010). Adapting and testing telephone-based depression care management intervention for adolescent mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 13, pp. 307-317.
- Lumbiganon, P.; Laopaiboon, M.; Intarut, N.; Vogel, J.; Souza, J.; Gülmezoglu, A.; ... y WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network (2014). Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121.
- Luna Matos, M.; Salinas Piélagos, J.; Luna Figueroa, A. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), pp. 310-314.

- Malabarey, O.; Balayla, J.; Klam, S.; Shrim, A. y Abenhaim, H. (2012) Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynaecology*, 25(2), pp. 98-102.
- McClanahan, KK. (2009). Depression in pregnant adolescents: considerations for treatment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynaecology*, 22, pp. 59-64
- Mercier, R.; Garrett, J.; Thorp, J.; Siega-Riz, A. (2013). Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 120(9), pp. 1116-1122.
- MESECVI, OEA (2016). Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará. Washington D. C.: MESECVI, OEA. Disponible en <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-embarzoinfantil-es.pdf>
- MSP (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP.
- MSP (2014). *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel*. Montevideo: MSP.
- MSP (2016). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*. Segunda edición. Montevideo: MSP.
- MSP (2017). *Guía para la atención integral de la salud de los adolescentes*. Montevideo: MSP.
- MSP (2019). *Presentación sobre natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay 2018*. Disponible en www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay
- MSP, SIPIAV y Unicef (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*.
- Munk-Olsen, T.; Laursen, T.; Pedersen, C.; Lidegaard, Ø y Mortensen, P. Induced first trimester abortion and risk of mental disorder. *New England Journal of Medicine*, 364(4), pp. 332-339.
- OMS (2017). *Pautas Clínicas para la atención de niños, niñas y adolescentes que han sido sexualmente abusados*.
- Presidencia de la República (2017). *Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes*.
- Quinlivan, J. y Evans, S. (2004). Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: a prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(6), pp. 57-58.
- Rondón, M. (2015). Salud mental y aborto terapéutico. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4). Disponible en www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832015000500012&script=sci_arttext.
- SIPIAV (2017). *Informe de gestión 2016*. Montevideo: SIPIAV. Disponible en www.inau.gub.uy/index.php/component/k2/item/1944-sipiav.
- SIPIAV (2019). *Informe de gestión 2018*. Montevideo: SIPIAV. Disponible en www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav

- Tavara, L. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología - Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos.
- UNFPA (2013). *Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Disponible en www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context.
- Unicef (2017). *Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay*.
- Unicef y DIF México (2016). *Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño*. Disponible en <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF/ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>
- WHO (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use. A who family planning cornerstone. Fifth edition*.
- WHO (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization. Disponible en apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf;jsessionid=45FBB45B089EA2E265E4EE76E77CD826?sequence=1.
- WHO (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. Tercera edición.



Anexo I.
Marco
normativo



INSTRUMENTOS INTERNACIONALES VINCULADOS A LA TEMÁTICA RATIFICADOS POR URUGUAY

Sistema universal de derechos humanos

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979)
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos, Sociales y Culturales
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes (1984)
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989)
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la utilización de Niños en la Pornografía (2000)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)
- Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia y Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia (2013)

Sistema interamericano de derechos humanos

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará) (1994)
- Convención para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985)

El *Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará* plantea que, de acuerdo al Comité de Expertas (CEVI) del Mecanismo de Seguimiento,

el embarazo forzado perpetúa en la niña la violencia sexual y la expone a nuevas y reiteradas formas de violencia y vulneración de sus derechos humanos, que socavan de igual modo su integridad personal, su condición de niña y sus posibilidades futuras (MESECVI - OEA, 2016, p. 20).

Asimismo, la OMS (2017) en sus *Pautas clínicas para la atención de niños, niñas y adolescentes que han sido sexualmente abusados* establece que: “Si una niña está embarazada como resultado de la violación, se le debe ofrecer un aborto seguro en el marco de la plena extensión de la ley” (p. 28).

Por su parte, la “Observación general n.º 20” del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas sobre la efectividad de los derechos, señala:

... las intervenciones y los tratamientos médicos deben contar con el consentimiento voluntario e informado del adolescente, con independencia de que se exija o no también el de un progenitor o representante legal. También debe considerarse la posibilidad de que se presuma la capacidad jurídica del adolescente para solicitar servicios y productos urgentes o preventivos de salud sexual y reproductiva, y para tener acceso a ellos. El Comité subraya que, si lo desean, todos los adolescentes tienen derecho con independencia de su edad a acceder de forma confidencial a orientación y asesoramiento médicos sin el consentimiento de un progenitor o tutor legal. Este derecho es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad (Unicef y DIF México, 2016).

De modo complementario, el Comité llama la atención sobre que

al tratar de asegurar un equilibrio adecuado entre el respeto al desarrollo evolutivo de los adolescentes y unos niveles de protección apropiados, se deben tener en cuenta una serie de factores que influyen en la toma de decisiones, como el nivel de riesgo implicado, la posibilidad de explotación, la comprensión del desarrollo de los adolescentes, el reconocimiento de que las competencias y la comprensión no siempre se desarrollan por igual en todos los ámbitos al mismo ritmo, y el reconocimiento de la experiencia y la capacidad de la persona (Unicef y México D. F., 2016).

En correspondencia con lo anterior, resulta especialmente relevante reparar en el concepto de *interés superior del niño* contemplado en dichos instrumentos, toda vez que este debe abordarse de manera consistente en las decisiones referidas al embarazo infantil.

La “Observación general n.º 13: derecho del niño a no ser sometido a ningún tipo de violencia” plantea que “la interpretación del interés superior del niño debe ser compatible con todas las disposiciones de la convención, incluida la obligación de proteger a los niños contra toda forma de violencia.” (Unicef y DIF México, 2016).

La “Observación general n.º 15: derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” en su párrafo 61 expresa:

De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de sus padres o su custodio legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redundaría en el interés superior del niño. Los Estados deben aclarar los procedimientos legislativos para la designación de los cuidadores adecuados que se encarguen de los niños sin padres o representantes legales y puedan dar su consentimiento en representación del niño o ayudarlo a dar su consentimiento en función de la edad y la madurez del niño. Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad (Unicef y DIF México, 2016).

Sobre el sentido y los alcances del interés superior del niño, Cillero (2011) plantea:

Una correcta aplicación del **interés superior del niño** requiere un análisis conjunto de los derechos afectados y de los que se puedan afectar por la resolución de la autoridad. Siempre ha de tomarse aquella medida que asegure la máxima satisfacción de los derechos que sea posible y la menor restricción de ellos, esto no solo considerando el número de derechos afectados, sino también su importancia relativa (p. 11).

En concordancia con las ideas de este autor, cabe señalar:

- En aplicación de este principio, la protección de los derechos del niño, niña o adolescente prima por sobre cualquier consideración cultural que pueda afectarlos, así como sobre cualquier otro cálculo de beneficio colectivo.
- Los derechos del NNA deben ser interpretados sistemáticamente; ya que, en su conjunto, aseguran la debida protección de sus derechos a la vida, la supervivencia y el desarrollo. La noción de interés superior apoya una interpretación holística de la convención.
- El principio supone que los derechos del NNA se ejercen en el contexto de una vida social en que se pueden producir situaciones que hagan incompatible el ejercicio conjunto de dos o más derechos consagrados en la convención en un mismo NNA, por lo cual permite resolver conflictos de derechos recurriendo a la ponderación de los derechos en conflicto.

En la legislación nacional, los principios de la convención se recogen en la Ley 17823, Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) con las modificaciones de su Capítulo XI establecidas en la Ley 19747 (2019), que comprende todos los derechos, deberes y garantías de NNA y las distintas competencias y procedimientos de las instituciones respecto a estos.

Por otra parte, la Ley de Violencia hacia las Mujeres, Basada en Género, promulgada recientemente, en el año 2017, constituye un cambio normativo sustantivo en estas materias; por cuanto dispone el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia. En lo específico, en su artículo 6, dicha normativa tipifica los delitos de abuso sexual y asociados, y establece que

es violencia sexual la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder (Ley 19580, 2017).

Junto a lo anterior, dispone la imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra NNA,⁸ tipifica por primera vez el delito de *abuso sexual*, *abuso sexual* agravado y redefine la noción de *consentimiento* en las relaciones. Esto último resulta especialmente relevante, ya que el Código Penal establece en su artículo 272 (violación) que la violencia se presume cuando la conjunción carnal se efectúa con una persona menor de 15 años; no obstante, admite prueba en contrario cuando la víctima tuviera 12 años cumplidos, es decir, que puede probarse en este último caso que la niña consintió la relación sexual.

La Ley 19580 agregó al Código Penal Uruguayo el artículo 272 bis, el cual tipifica el delito de abuso sexual y establece:

La violencia se presume cuando el acto de naturaleza sexual se efectúa:

1. Con una persona menor de quince años. Esta presunción no regirá si se tratare de relaciones consensuadas entre personas mayores de doce años y no exista entre ambas una diferencia mayor a diez años.
2. Con descendiente o persona bajo su cuidado o autoridad menor de dieciocho años de edad.
3. Con persona que, por causas congénitas o adquiridas, permanentes o transitorias, se halla, en el momento de la ejecución del acto, privada de discernimiento o voluntad.
4. Con persona arrestada o detenida, siempre que el imputado resulte ser el encargado de su guarda o custodia (Ibídem).

La Ley 19580, en su artículo 22 referido a las directrices para la políticas públicas, establece, entre otras acciones, que se debe garantizar que todos los NNA accedan a la profilaxis y tratamientos de virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), sífilis, hepatitis y otras infecciones de transmisión sexual; a servicios, educación y orientación en materia de salud sexual y reproductiva; a métodos anticonceptivos sin requerir previa autorización de los representantes legales, y a la IVE en los términos y condiciones previstos en la legislación aplicable. El derecho al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva ya estaba establecido por la Ley 18335 y su decreto reglamentario, y por la Ley 18426, que incorpora al CNA el artículo 11 bis.

En el caso de la normativa nacional específica, también es importante reparar en la Ley 18426, Salud Sexual y Reproductiva, que obliga al Estado a garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y establece el diseño de programas y servicios respectivos.

Por su parte, el derecho a la intimidad y la confidencialidad en la consulta está planteado en la Ley 17823 (CNA), en su artículo 11 bis; e incorporado por el artículo 7 de la Ley 18426, y en el Decreto 274/010, en su artículo 11, de fecha 8 de setiembre de 2010, reglamentario de la Ley 18335 sobre Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. En esta última, se explicitan estos aspectos específicos para niños, niñas y adolescentes, en sus artículos vinculados con confidencialidad, autonomía progresiva, derecho a la privacidad, confidencialidad de la historia clínica, realización de estudios, etcétera.

Respecto de la confidencialidad, la Ley de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, en su artículo 21, establece que el servicio de salud, en su carácter de prestador de salud, y, en lo pertinente, el profesional actuante deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública (Ley 18335, 2008). Asimismo, entre los derechos de los usuarios está el “preservar la intimidad de su cuerpo y de sus emociones, cuando es interrogado o examinado por los miembros del equipo de salud. Solo mediante una resolución consciente (de manera libre, informada y responsable) se podrá decidir revelar esa

⁸ El artículo 78 dispone la suspensión de la prescripción mientras la víctima sea menor de edad y hasta que cumpla la mayoría de edad.

⁹ Esto debe complementarse con el artículo 302 del Código Penal para todas las profesiones y el artículo 4 del Decreto 258/992 de Reglamentación sobre Conducta Médica y Derechos del Paciente, que obligan y amparan el secreto profesional en general y, en particular, el secreto médico. En el mismo sentido, el artículo 220 del Código del Proceso Penal prohíbe el testimonio de los médicos sobre los hechos secretos llegados a su conocimiento (SMU, 2007).

intimidad” (derecho positivo que lo consagra; Ley 18335, CNA, etc.), lo que también aplica a los NNA.⁹ Resulta fundamental que los equipos intervinientes en este tipo de casos respeten la privacidad y confidencialidad de la consulta a la que tienen derecho los niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, en las instancias de examen y entrevista se deberá respetar la intimidad del NNA. Este aspecto y la confidencialidad de la consulta se encuentran establecidos en las normativas ya mencionadas —la Ley 18335 y el Decreto 274/010— en un sentido más abarcador en cuanto a la población, pero que incluye también a los adolescentes, teniendo siempre en cuenta el principio de autonomía progresiva.

Asimismo, la Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo habilita el acceso de todas las mujeres embarazadas a este servicio durante las 12 semanas de gestación, 14 semanas en casos de violación acreditada con constancia de denuncia judicial, o en cualquier etapa cuando, a criterio del médico o de los médicos actuantes, implique un grave riesgo para la salud o vida de la mujer o se compruebe una malformación fetal incompatible con la vida.

EL CONSENTIMIENTO DE LAS MENORES DE EDAD FRENTE A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Se establece al respecto:

Si a juicio del equipo esa adolescente no configura condición de autonomía, más allá de considerar su opinión, deberá realizarse consulta con sus padres, o de estar estos ausentes, otro adulto referente. Si existe coincidencia de opinión, será conveniente que padres y/o adulto referente acompañen el proceso de asesoramiento. De no coincidir la voluntad de padres o adulto referente con la de la adolescente, y agotados los esfuerzos por lograr consensos, la adolescente podrá optar por concurrir ante Juez, a los efectos previstos en el artículo 7 de la Ley 18.987 (Juzgado de Familia Especializado en Montevideo, Juzgado Letrado de Primera Instancia con competencia en materia de familia especializada en el interior) (MSP, 2016).

El artículo 7 de la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo sostiene que

cuando por cualquier causa, se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, la adolescente podrá presentarse con los antecedentes producidos por el equipo médico actuante ante el Juez competente. El Juez deberá resolver en un plazo máximo de tres días, respecto a si el consentimiento ha sido expresado en forma espontánea, voluntaria y consciente. El Juez convocará a la adolescente y al Ministerio Público, para oírlos y recabar su consentimiento para la interrupción del embarazo [...] (Ley 18987, 2012).

Por otra parte, en el *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo* se establece que

la condición de autonomía de la adolescente debe quedar claramente explicitada en el Formulario IVE –2ª consulta y en la historia. En caso de evaluación positiva, tanto la Constancia de Asesoramiento como el formulario de Consentimiento Informado serán firmados por ella. En caso de evaluación negativa de su autonomía, pero existiendo acuerdo con padres o adulto referente, todos registrarán su firma (MSP, 2016).

RESUMEN DE LA NORMATIVA APLICABLE EN MENORES DE 15 AÑOS EN SITUACIÓN DE EMBARAZO

Norma	Contenido destacable
Ley 17823 (2004) Código de la Niñez y la Adolescencia	Derecho a la salud integral, supervivencia y desarrollo; protección contra el maltrato; derecho a ser oídos.
Ley 17386 (2001) Acompañamiento a la Mujer en el Parto, Parto y Nacimiento	Derecho a acompañamiento de toda mujer durante el parto, parto y nacimiento.
Ley 18426 (2008) Salud Sexual y Reproductiva	Programas y servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva (Decreto 293/010).
Ley 18437 General de Educación	Las alumnas en estado de gravidez tienen derecho a continuar con sus estudios, recibir apoyo educativo y justificar inasistencias pre y postparto. La Circular 2380/99 y Acta 34 de Codicen establece, además, régimen especial de evaluación para adolescentes embarazadas de forma de garantizar su trayectoria educativa.
Ley 18987 (2012) Interrupción Voluntaria del Embarazo	Interrupción voluntaria del Embarazo durante 12 semanas, 14 en caso de violación, e independiente de la edad gestacional en las situaciones excepcionales (grave riesgo para la salud de la mujer o proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina).
Ley 18335 (2008) Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud Decreto Reglamentario 274/2010	Derechos de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
Ley 19075 (2013) Matrimonio Igualitario	Modifica disposición del Código Civil y del CNA, elevando la edad mínima para contraer matrimonio de 12 a 16 años.
Ley 19307 (2013) Servicios de Comunicación Audiovisual	Obligación de proteger los derechos de todos los NNA, asegurando la aplicación de normas que den efectividad a esos derechos en su relación con los servicios de comunicación audiovisual. ¹⁰
Ley 19580 (2017) Violencia hacia las Mujeres, Basada en Género	Tipifica los delitos de abuso sexual, imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra NNA, redefine el consentimiento en las relaciones y eleva la pena mínima a dos años de penitenciaría para casos de abuso sexual. Pone el foco en la asimetría y los contextos de coerción.
Ley 19643 (2018) Prevención y Combate a la Trata de Personas	Tiene por objeto la prevención, persecución y sanción de la trata y la explotación de personas, así como la atención, protección y reparación de las víctimas.

NORMATIVA A CONSIDERAR EN SITUACIONES QUE PUEDEN CONFIGURAR DELITO POR VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS NIÑAS O ADOLESCENTES

Es importante señalar que no todas las situaciones de embarazo en menores de 15 años requieren judicialización. Esta puede tener lugar siguiendo dos propósitos: *a)* la adopción de medidas de protección para la niña o adolescente y *b)* la persecución penal del delito. Respecto de los elementos para valorar la pertinencia de denuncia, se sugiere consultar el *“Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud”*.

Cuando en estas situaciones se cuenta con elementos que se valoran como indicios de un hecho delictivo, se deberá considerar la siguiente normativa:

- El artículo 50 de la Ley Integral de Violencia Basada en Género establece que

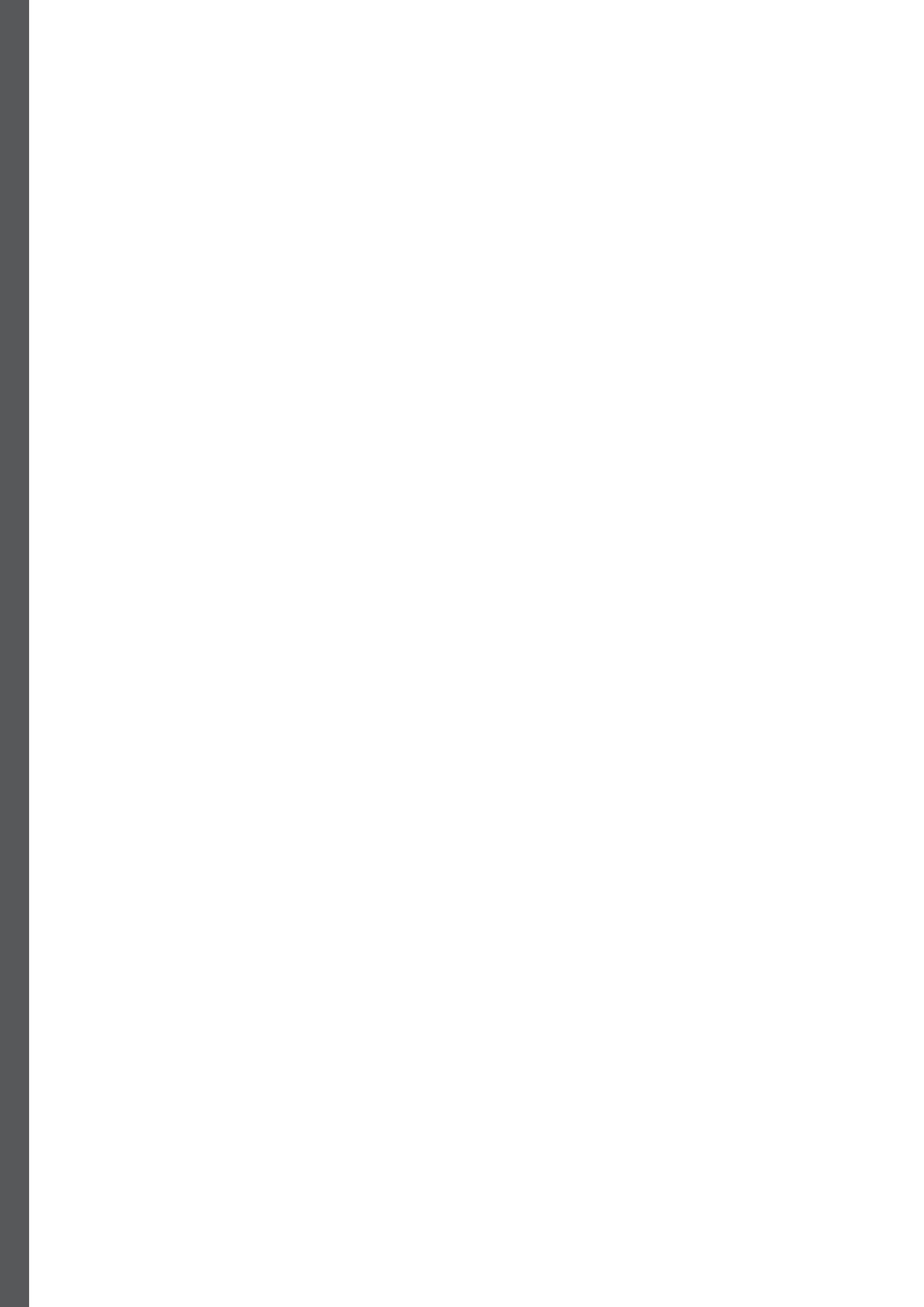
todos los órganos, organismos e instituciones públicas y privadas que atiendan niñas, niños o adolescentes deben comunicar a las autoridades competentes las situaciones de maltrato, abuso sexual o explotación sexual de las que tengan conocimiento, para la debida protección y reparación a las víctimas y la sanción a los responsables (Ley 19580, 2017).

¹⁰ En su artículo 31 establece: “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete la privacidad de su vida. Tienen derecho a que no se utilice su imagen en forma lesiva, ni se publique ninguna información que los perjudique y pueda dar lugar a la individualización de su persona. En el contexto de hechos delictivos, así como en circunstancias donde se discutan su tutela, guarda, patria potestad o filiación, los servicios de comunicación audiovisual se abstendrán de difundir nombre o seudónimo, imagen, domicilio, la identidad de sus padres o el centro educativo al que pertenece u otros datos que puedan dar lugar a su individualización” (Ley 19307, 2013).

- El artículo 81 de la Ley 19293, Código del Proceso Penal, enumera los derechos y facultades de las víctimas de delitos. El artículo 164 refiere a la declaración de víctimas, establece que los menores de 18 años de edad no podrán ser interrogados directamente por las partes, pudiendo recurrirse a profesionales especializados. Su declaración deberá ser recabada mediante pantallas de cristal o en salas adyacentes con circuito cerrado de televisión, en privado.
- Se establece que podrán contar con la presencia de un acompañante emocional, mientras prestan testimonio, que podrá ser de Unidad de Víctimas y Testigos de la Fiscalía General de la Nación (FGN), técnicos de otros equipos que estuvieren acompañando y dando seguimiento a la situación o cualquier adulto referente positivo en quien el menor confíe.
- Está expresamente prohibido el careo en casos de delitos sexuales, menores de 18 años de edad, personas con discapacidad física, mental o sensorial. En estos casos, además, su declaración deberá ser recibida siempre como prueba anticipada, de acuerdo al artículo 213 del Código del Proceso Penal.
- La Instrucción General n.º 5 de la FGN, establece que son víctimas especialmente vulnerables “aquellas que por su historia, condición o circunstancias se encuentran en una situación de mayor inequidad, que los hace aún más vulnerables a las consecuencias de los delitos sufridos”. En caso de niñas y adolescentes víctimas y/o testigos de un delito se deberá considerar un trato adecuado a su edad y a su nivel de comprensión, evitando la revictimización. Se deben evitar los interrogatorios que no aporten mayor información que lo que se pueda relevar con los equipos técnicos de las instituciones por las que las niñas o adolescentes ya transitan (escuela, salud, centros recreativos, etcétera).
- La Instrucción General n.º 8 de la FGN, referente a delitos sexuales, establece que la atención a estas víctimas tiene por objeto informarle sus derechos; activar las rutas de salud necesarias; poner en marcha los procesos de protección y atención para ella, familiares, testigos, operadores y técnicos que lo requieran, y coordinar con otras instituciones para que acceda a los servicios adecuados a sus necesidades o continúe con los que ya se encontraba usufructuando.
- Los fiscales intervinientes en casos de violencia sexual, desde la toma de conocimiento del hecho y durante toda la investigación preliminar y el proceso penal, deben coordinar con la Unidad de Víctimas y Testigos de la FGN la mejor estrategia de protección de la víctima. Asimismo, pueden también coordinar con equipos locales de protección, tales como el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), SIPIAV y la red de servicios de atención explicitada en el artículo 31 de la Ley 19580 (Ley Integral de Violencia Basada en Género).
- Si la denuncia no ha sido realizada directamente por la víctima, se coordinarán acciones con el servicio que se encontrase interviniendo y, de no existir ninguno, con el Centro de Referencia Local de SIPIAV.

Anexo II.
Aspectos a tener
en cuenta para
el asesoramiento
sobre
anticoncepción





La anticoncepción debe verse como un aspecto fundamental en la atención de adolescentes. En ese momento es importante brindar asesoramiento y facilitar la toma de decisiones sobre un método, teniendo siempre en cuenta los criterios médicos de elegibilidad.¹¹

Para el asesoramiento, deben tomarse en cuenta las posibilidades reales de la adolescente para el acceso frecuente a servicios de salud, el grado de autonomía, los aspectos económicos, las posibilidades de desplazamientos de manera independiente, las herramientas simbólicas para realizar acciones concretas diarias o frecuentes (por ejemplo, la toma de pastillas o la aplicación de inyectables).

En cuanto a los métodos, se destaca que la edad por sí sola no contraíndica ningún método disponible en el Uruguay. Por lo tanto, para la gran mayoría de las adolescentes cualquier método puede ser elegido con gran seguridad. En caso de elegir un método disponible en el servicio, este se debe otorgar sin demoras ni trabas administrativas. Según la normativa vigente, no se requiere de autorización de un adulto referente para elegir un método ni para acceder a él. En este sentido, el equipo de salud actuante tomará en cuenta el grado de autonomía, como para cualquier otro proceso asistencial.

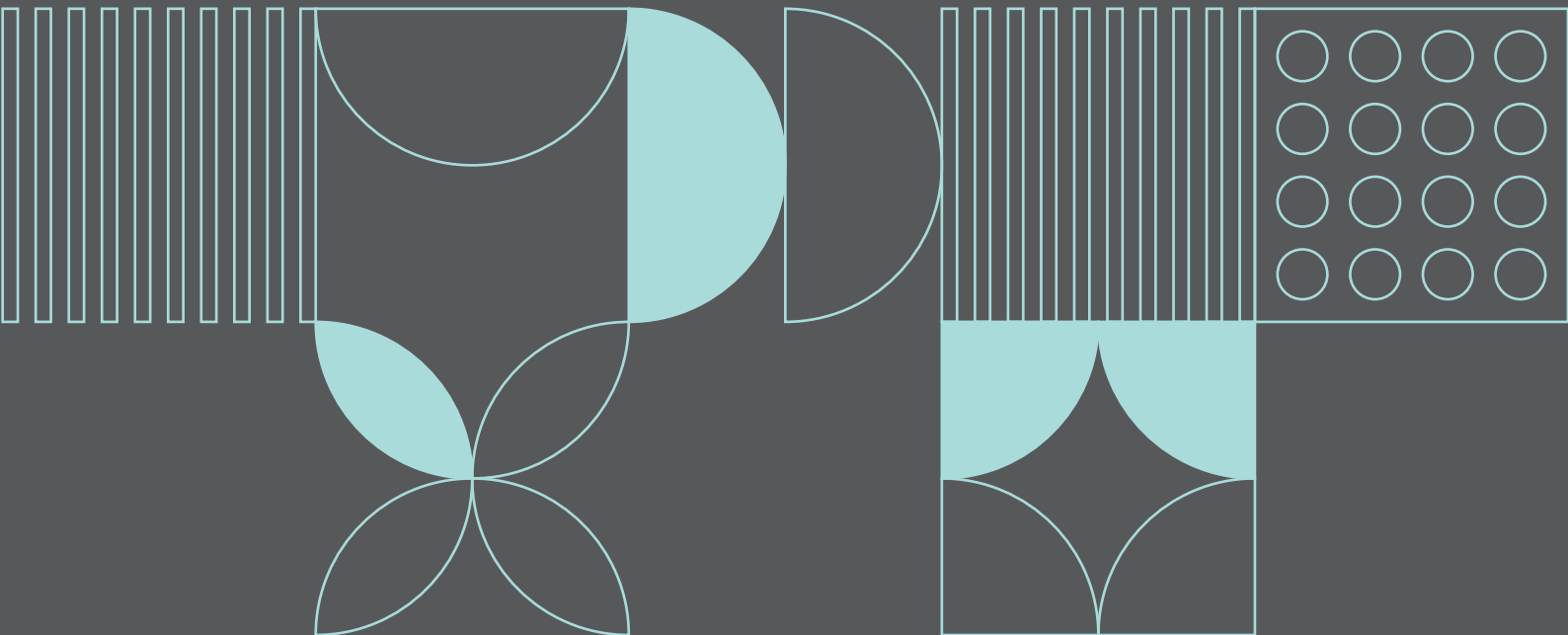
Si bien existe cierta variedad de unidades asistenciales con diferentes características e infraestructura, toda unidad asistencial debe contar con condones para mujeres y para varones y anticoncepción de emergencia.¹² Estos insumos deben integrarse en el proceso de asesoramiento de manera sistemática, y es necesario asegurar a la adolescente que siempre estarán disponibles en ese lugar. Para ello, se debe desarrollar una cadena de suministro y reposición eficiente y controlada.

Si luego del proceso de asesoramiento, la adolescente elige algún método con el que no se cuente en el momento o que requiera personal capacitado no disponible, se ofrecerán condones y anticoncepción de emergencia anticipada. Se garantizará el acceso a cita para la inserción de estos métodos y el seguimiento para asegurar el efectivo acceso en plazos no mayores a 15 días.

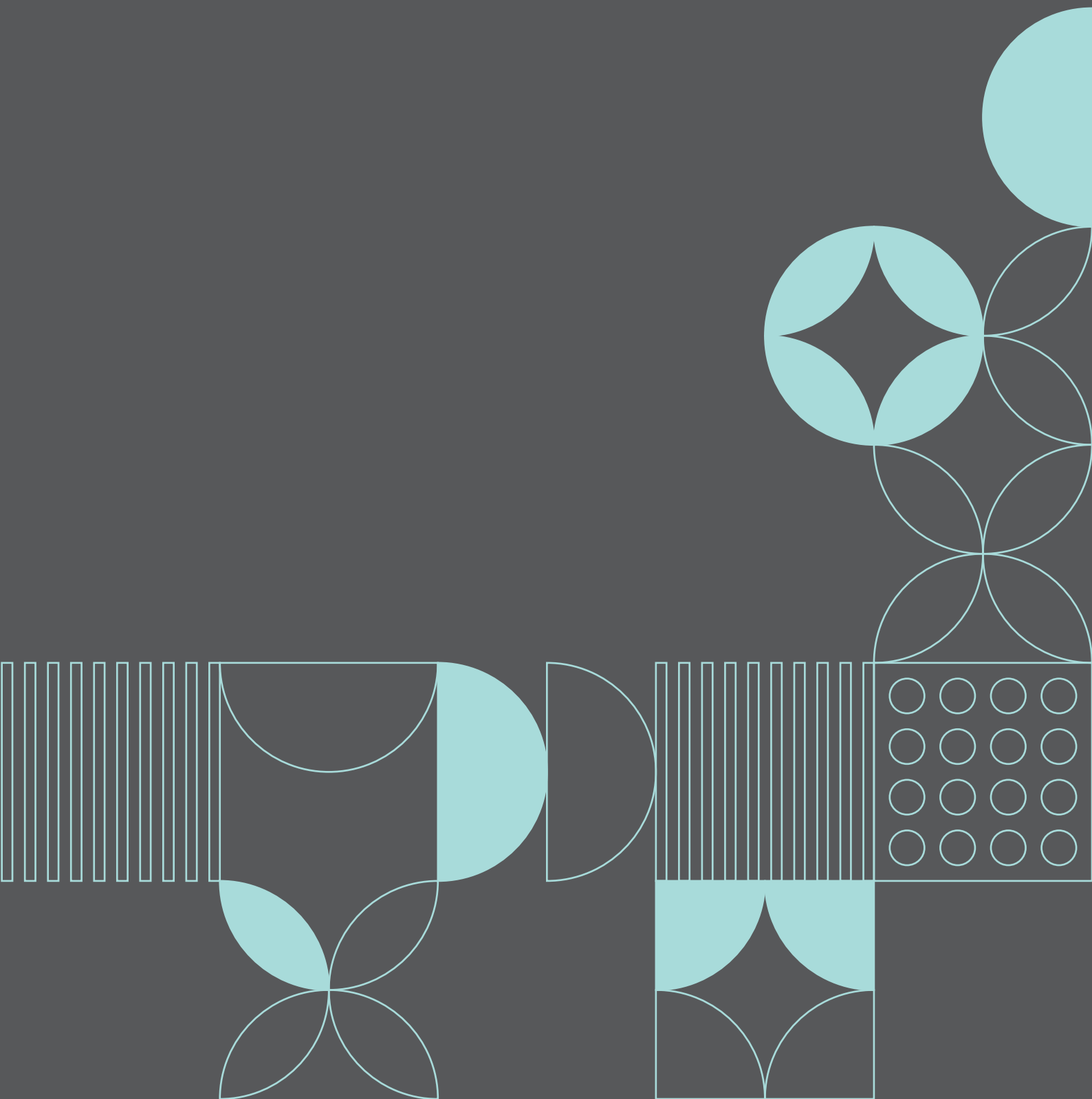
En caso de contar con los insumos para implante subdérmico o DIU, tomando en cuenta las mejores prácticas recomendadas para el inicio de métodos, se debe realizar el procedimiento en el momento. Para quienes elijan anticonceptivos orales o inyectables, se debe asegurar el acceso a las farmacias y facilitar la continuidad del método mediante prescripciones anuales (Who, 2015; Who, 2018).

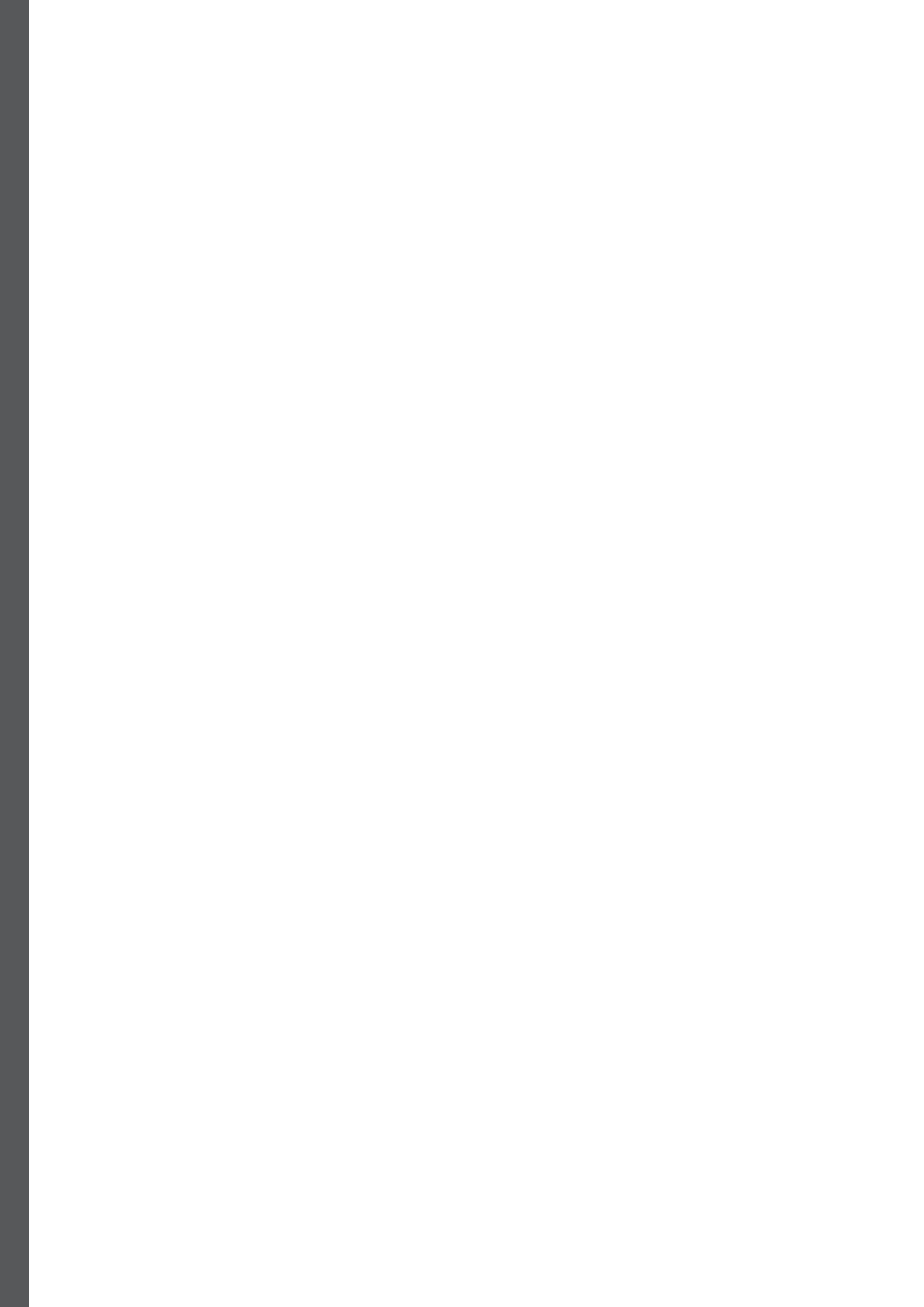
¹¹ Ver *Guías en salud sexual y reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes* (MSP, 2013) y *Guía para la atención integral de la Salud de adolescentes* (MSP, 2017).

¹² Ver Formulario Terapéutico de Medicamentos, los métodos anticonceptivos están incluidos por el Decreto 009/011.



Anexo III.
Dependencias del INAU
para referencia a niño,
niña y adolescente





MONTEVIDEO

DERIVACIONES Y URGENCIAS

Paysandú 1846 bis · 2400 0927
udu@inau.gub.uy
Atención telefónica: 092 327 083

Director Alejandro Vera
avera@inau.gub.uy

COORDINACIÓN REGIONAL CENTRO

Río Branco 1394
Tel. 2901 4781 · 2902 4235
regionalcentro@inau.gub.uy

Director Lic. Psic. Alfonso Labat
Cel. 098 204 033
alabat@inau.gub.uy

• **Centro Referencia Local B**
Río Branco 1394
Tel. 2903 0238
centrorreferenciallocalb@inau.gub.uy

Directora Ed. Soc. María Leiva

• **Centro Referencia Local C**
Av. Millán 2478
Tel. 2200 7899 | Fax. 2203 6164
centroreferencialcalc@inau.gub.uy

Directora A. S. Sandra Rosso
Cel. 099 453 487

• **Centro Referencia Local CH**
Pagola 3160
Tel. 2705 2296 | 2705 4595
centroreferenciallocalch@inau.gub.uy

Directora Ed. Soc. Magdalena Louis
Cel. 098 751 065

COORDINACIÓN REGIONAL ESTE

D. Fernández Crespo 1743
Tel. 2403 0375 · regionaleste@inau.gub.uy

Director Lic. T. S. Alejandro López
Cel. 099 683 170
alopez@inau.gub.uy

Directora Administrativa
Sra. Solange Rodríguez

• **Centro Referencia Local D**
Pernas 2882
Tel. 2509 3995 | 2508 2076
centroreferenciallocald@inau.gub.uy

Directora Ed. Soc. Liliana Anastacia
Cel. 098 623 361

• **Centro Referencia Local D2**
Juan Acosta 3893
Tel. 2215 6413

Director Álvaro Sartori
Cel. 098 204 031
asartori@inau.gub.uy

• **Centro Referencia Local E**
Cabrera 3667
Tel. 2509 5743 | 2509 0624
centroreferencialocale@inau.gub.uy

Directora Ed. Soc. Sandra Ferreira
Cel. 099 708 803

• **Centro de Referencia Local F**
Intercambiador Belloni (1.º piso)
8 de octubre esq. Av. Belloni
Tel. 222 22119 | 222 20631 | 222 25702 | 222 26074
centroreferenciallocalf@inau.gub.uy

Directora Ed. Soc. Lucía Márquez
Cel. 099 265 320

COORDINACIÓN REGIONAL OESTE

Llupes 4544
Tel. 2303 4549 | 2303 5090
regionaloeste@inau.gub.uy

Directora Lic. Zulema Suárez
Cel. 098 498 912
zsuarez@inau.gub.uy

• **Centro de Referencia Local A-1**

Agraciada 4141 apto. 105 esq. Mariano Sagasta
Tel. 2305 3201
centroreferencialocal1@inau.gub.uy

Directora Ed. Soc. Tatiana Amarillo
Cel. 092 111 001

• **Centro de Referencia Local A-2**

Carlos Ma. Ramírez 1730
Tel. 2315 5764
centroreferencialocal2@inau.gub.uy

Directora A. S. María de las Mercedes Lukin
Cel. 098 396 107

• **Centro de Referencia Local G**

Av. Sayago 1042
Tel. 2358 2329
centroreferencialocalg@inau.gub.uy

Directora Lic. Soledad Ramos
Cel. 098 620 854

ARTIGAS

CED (Centro de Estudio y Derivación)

Amaro F. Ramos 377
Tel. 4773 2376

Directora Mtra. Marisol Mello
m.mello@inau.gub.uy

CANELONES

COORDINACIÓN REGIONAL DE LA COSTA

Av. Giannattasio Km. 24
entre Gral. J. Artigas y Márquez Castro · Solymar
Telefax: 2696 6164
centroreglacosta@inau.gub.uy

Directora Ed. Soc. Ana Zabala
Cel. 099 282 223
azabala@inau.gub.uy

Administración
Tel. 2696 3844
admdelacosta@inau.gub.uy

• **CED de la Costa**

Av. Giannattasio Km. 24
entre Gral. J. Artigas y Márquez Castro
Tel 2696 3990
ceddelacosta@inau.gub.uy

Director Ed. Soc. Gustavo Rotuno
ceddelacosta@inau.gub.uy

Equipo de Trabajo
Tel. 2696 3990

COORDINACIÓN REGIONAL PANDO

Wilson Ferreira Aldunate n.o 1133
Telefax: 2292 8587
centroregpando@inau.gub.uy

Directora A. S. Julia Amor
Cel. 099 681 465 (Referente de SIPIAV)
jamor@inau.gub.uy

Administración
Tel. 2292 8587

• **CED PANDO**

Wilson Ferreira Aldunate n.º 1133
Telefax: 2292 8585

Director Rafael Núñez
cedpando@inau.gub.uy

Administración
Tel. 2292 0605 | 2292 8586

COORDINACIÓN REGIONAL CANELONES

Batlle y Ordoñez 716 | Canelones
Tel. 4333 8775
centroregcanelones@inau.gub.uy

Director Ed. Soc. Esteban Ramírez
Cel. 091 494 476
eramirez@inau.gub.uy

Administración
Telefax: 4333 8774
admregionalcanelones@inau.gub.uy

• **CED Canelones**

Batlle y Ordoñez 716 | Canelones
Tel. 332 3875
cedcanelones@inau.gub.uy

Directora Sra. Valeria Banega

Equipo de Trabajo
Tel. 4332 3875

Equipo Acogimiento Familiar
Tel. 4333 8777

Referentes de Participación y Vida Libre de
Violencia
Tel. 4333 8777

Referente de Área Laboral
Tel. 4333 8777

COORDINACIÓN REGIONAL LAS PIEDRAS

Pilar Cabrera 505 y Ferreira Aldunate
Tel. 2365 5001
direcreglp@inau.gub.uy

Directora A. S. Anabel Pedreira
Cel. 099 607 758
apedreira@inau.gub.uy

Administración
Telefax: 2365 3218
admregionallaspiedras@inau.gub.uy

• **CED Las Piedras**
Pilar Cabrera 505 y Ferreira Aldunate
Tel. 2365 7245
cedlaspiedras@inau.gub.uy

Directora Lic. Psic. Claudia Villagra
Cel. 091504138
cvillagra@inau.gub.uy

CERRO LARGO

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**
Navarrete n.o 890
Telefax: 4643 0879

Directora Coordinadora Ed. Mariana Fonseca
Cel. 092 355 573
cerrolargo@inau.gub.uy

COLONIA

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**
Regional Este
Berna y Stutz s/n | Nueva Helvecia
Tel. 4554 4876
cedcolonia@inau.gub.uy

Directora Ed. Laura Medina
l.medina@inau.gub.uy

DURAZNO

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**
Dr. Luis A. de Herrera 990
Telefax: 4362 0441

FLORES

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**
Fray Manuel de Ubeda 731

Director Mtro. Alejandro Banega
Tel. 4364 4840
Fax: 4364 3309

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**
Independencia 616
Tel. 4352 2392
Fax: 4352 1345

Directora Psic. Gabriela Marizcurrena
Cel. 099 353 462

LAVALLEJA

• **CED y Acogimiento Familiar**
18 de Julio 868 · Tel. 4443 1106 | 44427114

Directora Lic. Psic. Carla Borghini
cedlavalajeja@inau.gub.uy

MALDONADO

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

18 de Julio 550 · Planta Baja
Tel. 4224 6698

Director Guillermo Barreto

PAYSANDÚ

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

Tel. 4722 8144
cedpaysandu@inau.gub.uy

Directora T. S. Andreína Arévalo

RÍO NEGRO

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

Fray Bentos Zorrilla 1214
Tel. 4562 2614

Directora Lic. María Clariaga

RIVERA

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

Lavalleja 1405
Telefax: 4623 8032
cedrivera@inau.gub.uy

Directora Lic. Mónica Martínez

ROCHA

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

José Enrique Rodó n.º 87
Tel. 4472 4879
cedrocha@inau.gub.uy

Directora Sra. Valeria Alegre
Cel. 099 946 793

SALTO

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

Salto Uruguay 431 | Salto
saltoced@inau.gub.uy

Director Lic. Juan Pablo Lluberás
juan.lluberás@inau.gub.uy

SAN JOSÉ

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

Colón 367
Tel. 4343 0350
Telefax: 4342 6941

SORIANO

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

18 de Julio s/n y José E. Rodó
Tel. 4533 0170

Directora Dra. Mariana Correa

TACUAREMBÓ

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

Gral. Flores 252
Tel. 4632 5785
cedtac@inau.gub.uy

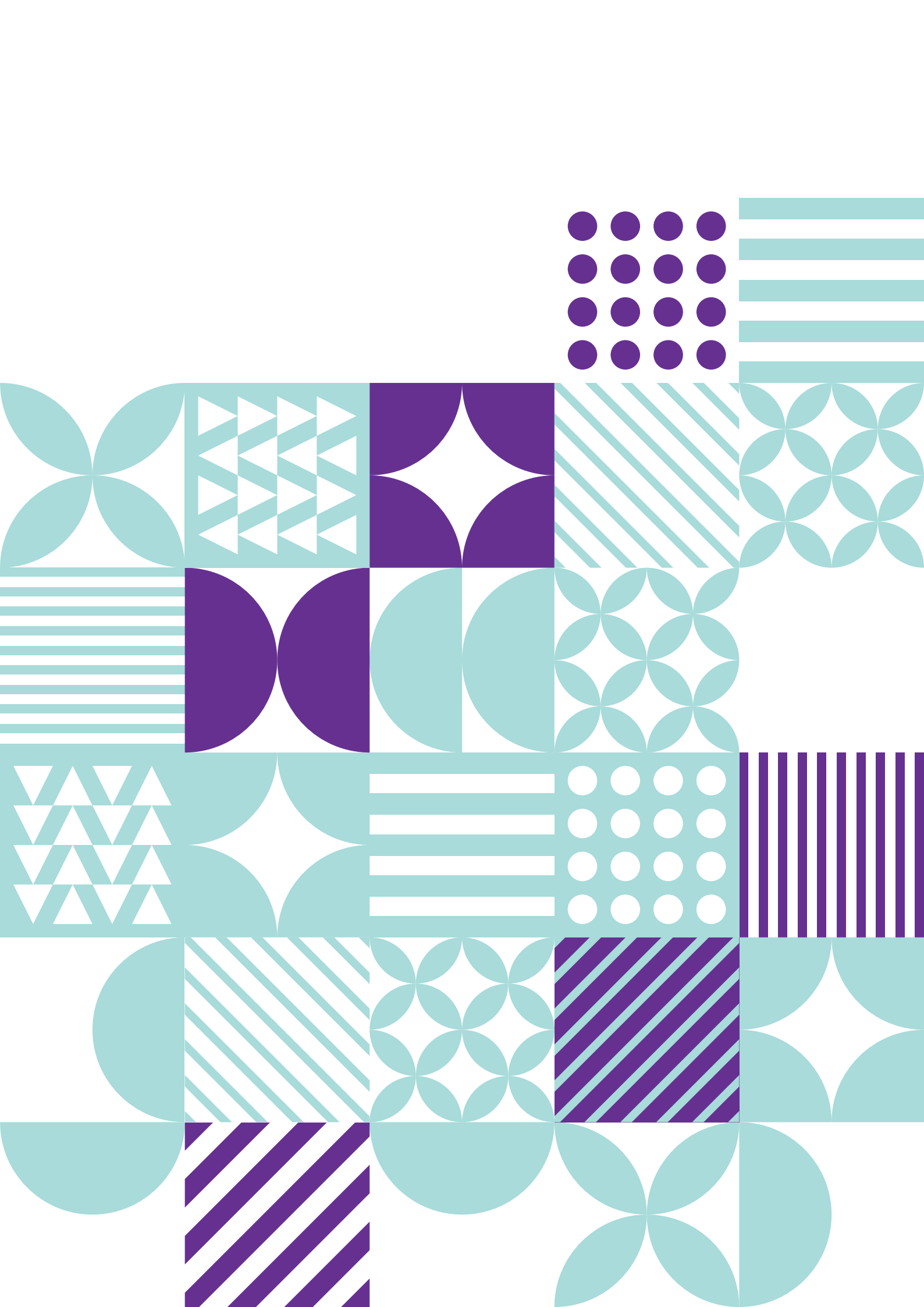
Directora Lic. T. S. Adriana Beloqui

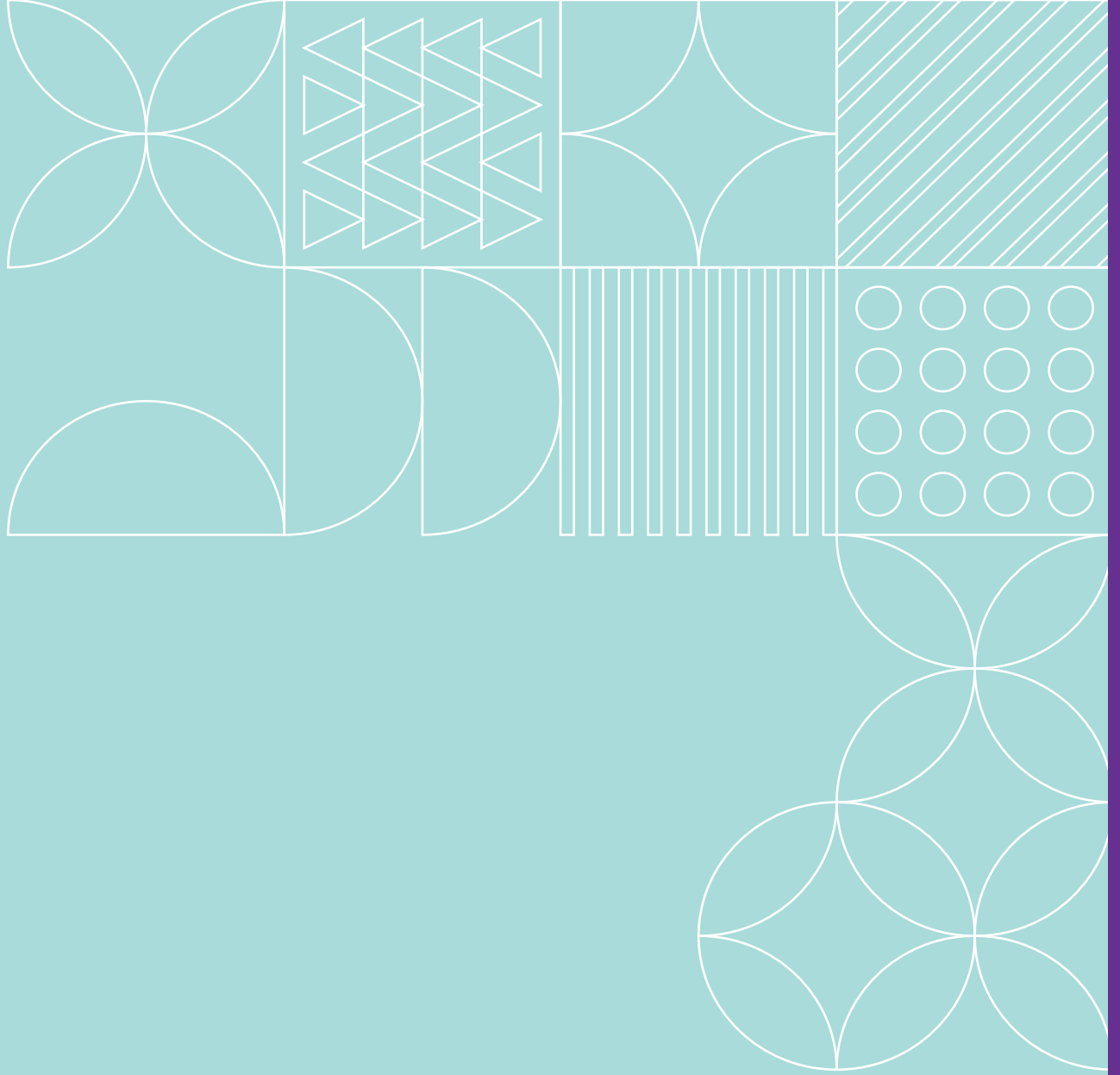
TREINTA Y TRES

• **CED (Centro de Estudio y Derivación)**

Gregorio Sanabria 1073
Treinta y Tres
Telefax: 4452 3221

Directora Mtra. Tatiana Iturburo





UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Informate más sobre adolescencia en gub.uy/adolescencia