



# Aspectos bioéticos del embarazo y maternidad adolescente

**Italo Miguel Orbe Bardales.**

Tesis - Maestría en Bioética -Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.  
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2021

Aprobada: 18 de mayo de 2021.

---

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

---

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Aspectos bioéticos del embarazo y maternidad adolescente by Italo Miguel Orbe Bardales is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
MAESTRIA EN BIOETICA**

**TESIS:**

**ASPECTOS BIOÉTICOS DEL EMBARAZO Y  
MATERNIDAD ADOLESCENTE**

Trabajo de Tesis para optar al

Título de Magister en Bioética

**AUTOR:** Italo Miguel Orbe Bardales

**DIRECTORA:** Dra. Celestina Rearte

**CATAMARCA  
REPUBLICA ARGENTINA  
2021**

**“LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON  
LAS OPINIONES DE ESTA TESIS”**

## **DEDICATORIAS**

**Este trabajo de tesis lo dedico a mis padres, mi esposa y a mis hijos por el tiempo, comprensión y por el acompañamiento incondicional que me han dado.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Quiero expresar mi profundo respeto y agradecimiento a todos los docentes y alumnos que tuvimos la maravillosa suerte de compartir eventos académicos, y por despertar inquietudes en el plano de la Bioética.**

**A mi Directora de Tesis Dra. Celestina Rearte por su incondicional apoyo y aliento para continuar, por su tiempo y su conocimiento. Fue un privilegio contar con su guía en todo este proceso de aprendizaje.**

## INDICE

Resumen.....	6
Summary.....	7
Introducción.....	8
Problema.....	11
Marco Teórico	
• Capítulo I: Concepto. Líneas y consideraciones convencionales de la categoría adolescencia. Alcances y sentidos del embarazo y maternidad adolescente.....	12
• Capitulo II: Bioética del embarazo y maternidad adolescente. Modelos.....	39
• Capitulo III: Bioética y la comprensión del comportamiento humano.....	67
Objetivos.....	78
Materiales y Métodos.....	79
Resultados.....	81
Discusión.....	90
Conclusiones.....	94
Recomendaciones.....	99
Bibliografía.....	100
Anexos:	
• Anexo I: Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Ley 26.150.....	103
• Anexo II: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 26.061.....	105
• Anexo III: Ley Nacional 25.673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.....	108
• Anexo IV: Reglamentación de la Ley N° 25.673.....	110
• Anexo V: Ley 25.808.....	111
• Anexo VI: Ley 25.273.....	112

## **RESUMEN**

La Ley Nacional N° 25673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en su artículo 1°, 2° y 6°, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. La Ley 26150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral en su artículo 1°, 3°, 5° y 9°. La ley 26061 Ley de Protección Integral de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente en su artículo 1°, 2°, 3°, 5°, 9°, 14, 17, 22 y 28 y la modificación de la Ley 25808 respecto a la educación en las embarazadas adolescentes; estas leyes plantean un nuevo marco de funcionamiento para los establecimientos de salud pública y privada, así como para los establecimiento educativos públicos y privados, estableciendo los marcos jurídicos y los lineamientos que regulan la atención y el cuidado de la salud de las mujeres adolescentes embarazadas.

En este trabajo se menciona a los modelos, principios y elementos de la ética médica relacionados con el embarazo adolescente aceptando los principios fundamentales aplicables a la ética de la sexualidad, la ética de la actuación médica y todos los elementos interrelacionados y abocados al cuidado de la salud y educación como derecho humano de las adolescentes embarazadas, respetando los 4 principios básicos de la bioética: Autonomía, Justicia, Beneficencia y No Maleficencia.

Ante ello el objetivo de este trabajo fue describir los aspectos bioéticos del embarazo y maternidad adolescente. Maternidad Provincial 25 de Mayo. Año 2011 – 2016. San Fernando del Valle de Catamarca.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal cuya unidad de análisis fueron las adolescentes de 10 a 19 años que fueron asistidas en la finalización de su embarazo en la Maternidad 25 de Mayo durante el periodo 2011 – 2016.

Los resultados obtenidos mostraron: Catamarca se encuentra dentro de las provincias con mayor porcentaje de madres y embarazadas adolescentes respecto al promedio nacional como la mayoría de las provincias del Noroeste y Noreste Argentino.

## **SUMMARY**

The National Law N ° 25673 of creation of the National Program of Sexual Health and Responsible Pro-creation in its article 1, 2 and 6, within the scope of the Ministry of Health of the Nation. Law 26150 National Program for Comprehensive Sexual Education in its articles 1, 3, 5 and 9. Law 26061, Law for the Integral Protection of the Rights of the Child, and Adolescent in its articles 1, 2, 3, 5, 9, 14, 17, 22 and 28 and the modification of Law 25808 regarding education for pregnant teenagers; These Laws propose a new operating framework for public and private health establishments, as well as for public and private educational establishments, establishing the legal frameworks and guidelines that regulate the care and health care of adolescent women pregnant.

This paper mentions the models, principles and elements of medical ethics related to teenage pregnancy, accepting the fundamental principles related to the ethics of sexuality, the ethics of medical performance and all interrelated elements and health care and education as a human right of pregnant adolescents, respecting the 4 basic principles of bioethics: autonomy, justice, benefit and non-maleficence.

Given this, the objective of this work was to describe the bioethical aspects of adolescent pregnancy and motherhood. Provincial Maternity May 25. Year 2011 - 2016. San Fernando del Valle de Catamarca.

A descriptive, retrospective and cross-sectional study was conducted whose unit of analysis was adolescents aged 10 to 19 years who were assisted in the termination of their pregnancy in Maternity May 25 during the period 2011-2016.

The lost results: Catamarca is located in the provinces with the highest percentage of mothers and pregnant teenagers compared to the national average, like most of the provinces of Northwest and Northeast Argentina.



## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la muerte de mujeres embarazadas creció un 19 %, según la Organización Panamericana de la Salud, en comparación con la franja etárea de 20 y 24 años, en donde las niñas menores de 16 años, tienen la probabilidad de desarrollar diferentes patologías, son un grupo de alto riesgo, la mortalidad de la madre y el niño se cuadruplica. El 14% de los óbitos maternos registrados en el país corresponde a niñas adolescentes de entre 10 y 19 años.<sup>1</sup>

Se define fecundidad adolescente la que ocurre antes de los 20 años. El límite de la edad inferior es menos clara. Las estadísticas registran fecundidad entre 15 y 19 años, pero la maternidad anterior a los 15 años no es infrecuente.<sup>2</sup>

Las investigaciones a nivel nacional ponen de manifiesto la necesidad de atender a las familias y al niño desde antes del nacimiento, en el entendido que el desarrollo humano comienza durante la gestación del nuevo ser y continúa a lo largo de toda la vida.<sup>3</sup>

En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente, es un motivo de preocupación en la Argentina y en la provincia de Catamarca en particular. Un estudio realizado en el año 2009 y presentado por profesionales que trabajaron junto al Fondo de Población de las Naciones Unidas Argentinas (UNFPA) informa que es elevado el nivel de Madres Adolescentes en la provincia de Catamarca, ya que superó 3 puntos de la media nacional, la cual era del 15,2%, y en donde un 18,5% de los nacimientos correspondieron a menores de 20 años y de ellas 0,8% tenía menos de 15 años.<sup>4</sup>

La capacidad de procreación es uno de los sucesos más importantes para la continuidad de la especie humana, pero, los cambios en las costumbres, hábitos sexuales y la liberación de algunos comportamientos no aceptados anteriormente

---

<sup>1</sup> UNICEF. (2009). Salud Materno Infante Juvenil en cifras. Sociedad Argentina de Pediatría.

<sup>2</sup> Molina R, Sandoval J, González E. (2003). Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago, Chile: Mediterránea. pp. 3-15.

<sup>3</sup> Marotta, C. (2007). Un estudio cualitativo del vínculo madre-hijo en adolescentes madres de sectores de pobreza. Rev. Uruguaya de Enfermería. 2 (2): 14-28.

<sup>4</sup> Faur, E. (2010). Alto nivel de madres adolescentes en la provincia. *El Ancasti*.

en diversas culturas produjeron importantes cambios sociales, que afectan principalmente a los adolescentes actuales.<sup>5</sup>

El problema de la maternidad adolescente, manifiesta facetas múltiples: sanitarias, económicas, sociales, políticas, educativas entre otras. Las aristas éticas de la problemática no sólo constituyen un importante aspecto del problema, sino que funcionan como elemento articulador a la hora de evaluar una situación compleja, por la convergencia de las facetas señaladas.

Si nos centramos en las funciones que cumplen en la atención los equipos de salud, los principios básicos de la bioética se hacen presente de un modo a otro a la hora de analizar la problemática. Los principios de beneficencia y no maleficencia enfrentan a los equipos de salud con la necesidad de minimizar los costos físicos y psicosociales de estas niñas y adolescentes. Urge no sólo brindar la mejor calidad de atención médica posible, sino contener una situación que muestre las carencias del sistema en su conjunto, ya que a la atención de la salud se suman cuestiones vinculadas con la educación, la vivienda, la familia y el trabajo entre otras.

Si atendemos a las políticas de prevención sanitaria, el principio de autonomía indica el derecho a recibir información para poder decidir acerca de una situación, que en el caso que tratamos, muchas veces no es elegida. La información y la posibilidad de tomar decisiones autónomas deben acompañar a las personas a lo largo de todo su desarrollo, al internalizarse en las familias, en los hogares, construyendo el espacio para el ejercicio comunitario de libertad y de autodeterminación. Está claro que se trata de un *desideratum* que será efectivo con la puesta en ejercicio del principio de justicia distributiva, de equidad concreta y no solo declamada, en la distribución de recursos.

La presencia de la ética no se limita a un repaso de los principios clásicos. Ejercitar la ética supone dar visibilidad a un problema. Es ponerlo en el foco de atención e iluminar sus complejidades y paradojas y, por lo tanto, dislocar la cadena de ocultamientos que surge cuando algo molesta.

Como deuda social, la premisa que no puede ser perdida de vista es que todo embarazo en niñas es índice de una violación de sus derechos que,

---

<sup>5</sup> Coleman J. C. & Hendry, L. B. (4ª). (2003). Psicología de la Adolescencia. Madrid, España: Morata.

indefectiblemente, se asocia con violencia sexual. Sentada en esta relación perversa, al igual que se plantea, entre otras deudas sociales, la erradicación del trabajo infantil, la erradicación del embarazo y la maternidad infantil se convierte en un objetivo a alcanzar por la sociedad. Pero no todos sus miembros tienen igual grado de obligaciones: mientras existan niñas embarazadas y madres infantojuveniles, es responsabilidad del Estado y sus instituciones garantizar su adecuada atención. En reconocimiento que le cabe al Estado argentino, en marzo del 2003, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable<sup>6</sup>, fue creado por la Ley Nacional N° 25.673. Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuantos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos. Por eso, promueve la "Consejería" en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva<sup>7</sup>.

La información resulta decisiva y tiene como objeto disminuir embarazos en niñas y adolescentes, el número de abortos, enseñar y proveer las herramientas necesarias para que esas jóvenes se preparen para poder decidir cuando llegue el momento apropiado y responsablemente.

---

<sup>6</sup> Ley 25673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2003).

<sup>7</sup> Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Recuperado el día 20 de abril de 2017 de: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/programa.php>

## **PROBLEMA**

Ante todo lo expuesto esta investigación pretende conocer *¿Cuáles son los aspectos bioéticos del embarazo y maternidad adolescente? Maternidad Provincial 25 de Mayo. San Fernando del Valle de Catamarca. Año 2011 – 2016.*

## MARCO TEORICO

El marco teórico se encuentra compuesto por tres capítulos a saber:

1. Concepto. Líneas y consideraciones convencionales de la categoría adolescencia. Alcances y sentidos del embarazo y maternidad adolescente.
2. Bioética del embarazo y maternidad adolescente. Modelos.
3. Bioética y la comprensión del comportamiento humano.

## CAPITULO I

### 1.1 Adolescencia y embarazo adolescente

Plantear aspectos bioéticos del embarazo y maternidad adolescente nos sitúa en la necesidad de definir por un lado la categoría adolescencia para poder entender los alcances y sentidos del embarazo y maternidad desde la perspectiva de los principios que nos permitan comprender la conducta más apropiada del ser humano con respecto a la vida.

En este apartado se analizan aportes provenientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Código Civil Argentino para aproximarnos a la definición de adolescencia desde la perspectiva cronológica y psicosocial.

Se aclara que este trabajo acepta la clasificación de OMS, en donde establece que la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 19 años<sup>8</sup>; mientras que para el Código Civil Argentino (Ley N° 26.994 de 2014) la adolescencia abarca desde los 13 hasta los 18 años (art. 26).

La OMS define como *adolescencia* al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". Se define el embarazo en la adolescencia<sup>9</sup> como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

---

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Recuperado el día 20 de abril de 2017 de:

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

<sup>9</sup> Issler, J. R. (2001, agosto). Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. Cátedra de Bioética Ciencias de la Salud. (107), p.p. 11-23.

Sin embargo el enfoque de la organización de servicios en salud, toma en cuenta los criterios que emplean los servicios de planificación familiar para delimitar las características del embarazo sea en la adolescencia media, temprana o tardía.

El criterio de planificación familiar caracteriza y divide a la adolescencia en tres etapas a saber:<sup>10</sup>

*1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)*

Biológicamente, es el *periodo peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. En esta etapa, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal.

*2. – Adolescencia media (14 a 16 años)*

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando biológicamente ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

En este período, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo.

*3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)*

Biológicamente casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal. Sus valores presentan una perspectiva más adulta.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como*

---

<sup>10</sup> Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría, (86), pp. 436 – 443.

corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas”.<sup>11</sup>

## **1.2 Condiciones sociales, económicas, culturales en el que se produce el embarazo adolescente.**

En esta etapa del ciclo vital y en el contexto del “embarazo y maternidad adolescente” se distinguen factores predisponentes y factores determinantes, que se corresponden con los factores protectores y factores de riesgo que organizan los dispositivos de alerta a los fines de desarrollar estrategias de prevención para fortalecer los componentes predictores de riesgo:<sup>12</sup>

### **A. – Factores predisponentes**

Los indicadores a tener en cuenta en esta categoría son:

1. *Menarca temprana*: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. *Inicio precoz de relaciones sexuales*: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. *Familia disfuncional*: Según la Organización Mundial de la Salud, define familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”. Una familia disfuncional según la OMS, es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias y generar carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. *Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola*

---

<sup>11</sup> Quesada M., Mario M, Romero Sánchez, M. C., Prieto Herrera, M. E. & Rodríguez Delgado, C. R. (2010). Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camgüey, 14 (3).

<sup>12</sup> Issler, J. R. (2001, agosto). Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. Cátedra de Bioética Ciencias de la Salud. (107), p.p. 11-23.

5. *Bajo nivel educativo*: Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. *Migraciones recientes con pérdida del vínculo familiar*: Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. *Pensamientos mágicos*: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. *Fantasías de esterilidad*: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. *Falta o distorsión de la información*: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. *Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres*: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. *Aumento en número de adolescentes*: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. *Factores socioculturales*: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

La menarca temprana junto a signos de inicios de relaciones sexuales precoces en correspondencia con conductas promiscuas, y familias que presentan límites normativos débiles unidos a factores socio-culturales en los que no se habla de educación sexual integral, el embarazo adolescente emerge como una problemática en el sistema de salud pública por las derivaciones que tiene tanto para la madre como para el niño.

El campo problemático puede estar conformado por Abuso Sexual Infantil (ASI) en cualquiera de sus formas, acompañado por embarazo no deseado, infecciones de



transmisión sexual, hechos psicológicos traumáticos que demandan de la participación de los equipos interdisciplinarios de salud tales como ansiedad, pánico, autoflagelación, entre otros posibles. Esta problemática por su nivel de complejidad requiere de la intervención de áreas y dependencias del Estado sea Nacional, Provincial y/o Municipal.

**B. – Factores determinantes**

En esta categoría tenemos en cuenta tres indicadores:

1. Relaciones Sin Anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación

La adolescencia temprana marca el inicio de la pubertad. Esta etapa conlleva cambios fisiológicos y emocionales como el rápido crecimiento físico, el surgimiento de la excitación e intereses sexuales, además de la maduración del cuerpo sexual. Sin embargo, el inicio de la menstruación es un indicador muy deficiente acerca de la preparación fisiológica o psicológica de una adolescente para el coito. Su crecimiento esquelético y muscular aún no está completo, y por lo general es *después* del inicio de la menstruación que suele ocurrir el aumento de peso y altura, el desarrollo pleno de la pelvis, los senos y el útero, así como la maduración y lubricación del cuello uterino y la vagina.

El embarazo precoz, enfrenta a las adolescentes en edad temprana, en un contexto psicosocial que las caracteriza con términos contradictorios, tales como sujetos de la infancia, niñas, chicas, adolescentes, jóvenes aunque el sistema de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes plantea que se las debe reconocer como sujetos titulares de derechos, y que esos derechos en relación a la edad van adquiriendo autonomía progresiva, también se distinguen por su inmadurez emocional, déficit para alcanzar la autonomía en la toma de decisiones vinculadas al ejercicio responsable de su sexualidad, en lo que respecta a la doble protección y a las implicancias que las prácticas sexuales tienen.

La adolescencia desde la biología se enfrenta a la inmadurez en el desarrollo de los huesos pélvicos, ya que antes de que los huesos pélvicos y el canal de nacimiento se desarrollen plenamente, el embarazo, expone a las niñas a riesgos más elevados de tener un aborto espontáneo en los primeros meses de la gestación y a complicaciones obstétricas como hipertensión inducida por el embarazo, un

trabajo de parto prolongado y obstruido, rasgaduras vaginales, fístula obstétrica, hemorragia posparto y muerte materna.<sup>13</sup> También es causa de parto prematuro, bajo peso al momento del nacimiento, muerte fetal y muerte del recién nacido.

El desarrollo de estrategias de prevención para fortalecer los componentes predictores de riesgo están orientados a delimitar las adolescentes de alto riesgo obstétrico y perinatal en relación a edad, localización geográfica, factores predisponentes y/o determinantes, evaluar la capacidad del sistema de salud en términos de infraestructura y/o capacidad operativa para intervenir frente a las situaciones de embarazos adolescentes de alto riesgo obstétrico, en base a los siguientes interrogantes:

¿Las adolescentes gestantes constituyen una población de alto riesgo obstétrico y perinatal?

¿Qué indicadores permiten inferir a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son? ¿Cuáles son esos factores predictores y de qué naturaleza?

¿Biológicos o psicosociales?

¿Qué Modelo de Atención se requiere para aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos adecuados en costo y complejidad?

### **Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada**

Establecer las condiciones que configuran el tipo de riesgo obstétrico y perinatal en las adolescentes gestantes, exige definir los grupos en categorías de alto, mediano y/o no detectable, de acuerdo a la siguiente tabla en la que se incluyen indicadores posibles de ser detectados en las consultas:

#### **A. – Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal**

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).
- Estatura de 1,45 mts. o menor.
- Nivel educativo en curso -2 primeros años de la enseñanza media o más-
- Pareja estudiante o con trabajo ocasional.

---

<sup>13</sup> Lloyd, C. B. (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington DC: National Academies Press.

B. – Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

C. – Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

Las adolescentes que integran este grupo poseen diferentes normas de control prenatal, en base a las condiciones que ingresan al nivel de complejidad de la atención. Para implementar una intervención adecuada y oportuna que evite o disminuya un daño se necesita tener en cuenta los *factores protectores* y *factores de riesgo* psicosociales.

Se entiende por *factores protectores* a aquellos recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

En tanto los *factores de riesgo* son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. *Anticipatorio*: permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. *Integral*: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

### **Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada**

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbilidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario para poder identificar claramente los indicadores que configuran los factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada, tales como la asincronía madurativa físico – emocional, la baja autoestima, el bajo nivel de instrucción, la ausencia de interés, la pérdida reciente de personas significativas, el embarazo por violación o abuso, el intento de aborto,

el propósito de entregar el hijo en adopción, la existencia de una familia disfuncional o ausente, sin adulto referente, el trabajo no calificado, la pareja ambivalente o ausente, la condición económica desfavorable, la marginación de su grupo de pertenencia, y/o el difícil acceso a los centros de salud.

### **Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente**

Se consideran factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente: la edad cronológica, entendido el intervalo de edad menor a los 14 años y/o edad ginecológica menos de 1 año de la menarca o primera menstruación. Además del estado nutricional deficiente, el aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional, influyen los hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad, como asimismo actúan como agravantes el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias), tatuajes y tener más de 2 parejas

### **Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta**

La consulta en el servicio de consejería destinado a adolescentes, nos debe recordar que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media. Las características de la adolescente embarazada que las diferencia de la mujer adulta están vinculadas a los siguientes indicadores:

- a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea.
- b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo.
- c. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

## **El embarazo en adolescentes**

El embarazo en adolescentes presenta un mayor riesgo tanto para la madre como para el niño.

Algunos estudios han demostrado que la probabilidad de muerte materna se cuadruplica entre madres adolescentes menores de 15 años de edad.<sup>14</sup> En el año 2007 la muerte materna estuvo entre las cuatro principales causas de muerte en el grupo de niñas de 15 a 24 años de edad.<sup>15</sup>

El embarazo precoz limita que las niñas logren un desarrollo personal de acuerdo a sus potencialidades.

El Plan de Acción basado en la legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos OPS/OMS contiene áreas estratégicas como mecanismos para reducir las barreras y las inequidades que se observan en la Región de América Latina y el Caribe (ALC).

Las áreas estratégicas se componen de la prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos: aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad fecunda, con especial énfasis en el grupo de adolescentes. Tiene en cuenta además el acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de salud, como asimismo los recursos humanos calificados para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud; y se propone fortalecer los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal y las estadísticas vitales.

Estas áreas estratégicas están vinculadas a la actividad sexual de los adolescentes. De acuerdo a informes estadísticos la actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Se considera como razones que nos conducen a fortalecer este argumento el descenso en la edad de la menarca y el contexto de intensa socialización de actitudes y conductas marcadas por el género.

---

<sup>14</sup> Olausson, P.O., Cnattingius, S. & Haglund, B. (1999). Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 106 (2) pp.116-121.

<sup>15</sup> Organización Panamericana de la Salud. (2008). Proyecto Información y Análisis en Salud (HA), Datos de mortalidad y población. Washington, DC: OPS.

Si bien la fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, se ha convertido en materia de inquietud para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. El sector de la salud manifiesta preocupación por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto.

La “*problematización*” del embarazo adolescente se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un “*problema*”, exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la “*salud integral del adolescente*”. Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) los embarazos en adolescentes son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, como la pobreza generalizada y los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas en la escuela.

La psicoanalista Ana Rozenbaum, especialista en niñez y adolescencia, sostiene que un adolescente no tiene su aparato psíquico preparado para enfrentar un embarazo.<sup>16</sup> Hay un salto que no está en condiciones de asumir y a veces hace un esfuerzo tremendo para hacerlo. “En el caso de las chicas, dejan de vivir una etapa de su adolescencia para convertirse en madres cuando aún no terminaron su tiempo de vida de hijas. Se ven coartadas en su desarrollo habitual, dejan de salir a bailar, de reunirse con amigos. Hay un impacto muy importante, pero cada caso es singular. Para peor, lo que se observa muchas veces son cambios regresivos; en vez de parecer más maduras, parecen más infantiles, o demuestran una madurez en exceso o un gran apego a su propia madre, entre otras conductas”. Lo

---

<sup>16</sup> Cuellar, B. (7 de septiembre de 2014). Madres sin dejar de ser niñas. *La Voz del Interior*.

más importante es poder transmitirle que hay un cambio de identidad, ya que pasa de ser hija a ser madre. "Más de 60 % de los embarazos adolescentes se da en los estratos muy bajo y bajo", señala. La diferencia entre el estrato muy bajo y el alto (los extremos de la clasificación) es de 6 a 1, es decir, en estrato alto se embaraza sólo 6 por ciento, mientras que en el estrato muy bajo, el 37 por ciento.

Los aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes a tener en cuenta son las condiciones en que transita la adolescencia mediatizada por el ejercicio activo de sus funciones biológicas de reproducción. Estas funciones se manifiestan en un embarazo por el ejercicio de prácticas sexuales sin protección, por coacción, abuso y/o violación. Desde esta perspectiva la actitud hacia la maternidad difiere.

La adolescencia de las adolescentes embarazadas presenta un estatus social diferente al de sus pares. La maternidad es un rol establecido por la sociedad, que posiciona a la mujer, en la asignación de persona adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz. Por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Las actitudes hacia la maternidad plantea además la jerarquía que adquiere el embarazo en la adolescente como una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia.

De este modo el embarazo adolescente comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Cuando el embarazo no es planificado, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa en que se encuentre.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia, porque la expectativa social de acuerdo a su posición es la continuidad de los estudios y poder atravesar la moratoria psicosocial que plantea Erik Erikson en su Teoría del desarrollo Psicosocial.<sup>17</sup> Las adolescentes que se encuentran en una posición social más desfavorecidas y que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

### **El aborto en las adolescentes**

El aborto provocado en las adolescentes es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado. Sus causas son habitualmente psicosociales y las consecuencias de sus complicaciones son médicas. Los países sin aborto legal carecen de estadísticas fidedignas del aborto voluntario o inducido. La información de morbilidad por aborto en adolescentes, está influenciada por el diagnóstico tardío del embarazo en ellas haciendo que, al acudir a “aborteros” de bajo nivel, se practiquen los abortos en gestaciones avanzadas y en malas condiciones higiénicas.

Además, por desconocimiento del embarazo por parte de padres o tutores, las complicaciones del aborto de las adolescentes se reportan tardíamente, llegando en sumo estado de gravedad a la internación, con mayor mortalidad (shock séptico, anemia extrema, compromiso de vísceras por perforaciones uterinas). En 2016, el embarazo terminado en aborto y la septicemia y otras complicaciones del puerperio fueron responsables del 41% de las muertes maternas en adolescentes.<sup>18</sup>

Producto de la clandestinidad y el estigma que tiene el aborto en contextos legales restrictivos, existe escasa información acerca de las características de las adolescentes que abortan, las circunstancias y los métodos utilizados. También es

---

<sup>17</sup> Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación, 2 (2), 50 – 63.

<sup>18</sup> UNICEF. (Octubre de 2018). Estadísticas de los Hechos Vitales de la Población Adolescente en la Argentina. Buenos Aires, Argentina.



escasa la información publicada acerca de la aplicación de la “estrategia de reducción de riesgos y daños”. Esta estrategia, que es parte del abordaje integral para evitar el aborto inseguro y sus consecuencias, consiste en que el profesional desaliente a la paciente a que incurra en prácticas peligrosas para su salud y que le aconseje para que, si tomó la decisión de terminar su embarazo, lo haga de la manera más segura posible.<sup>19</sup>

Últimamente, los diarios presentaron una profusión de titulares sobre niñas en edad de ser evaluadas por pediatras que concurren a servicios de obstetricia. No es un dato aleatorio ya que, en la Argentina, cada año, cerca de 3000 niñas de entre 9 y 14 años de edad son sometidas a abuso sexual y embarazadas. Según datos oficiales, el 80% de los padres de bebés de niñas-madres las superan en edad por lo menos diez años y, una cuarta parte, son al menos veinte años mayores que ellas, situación que permite suponer condiciones de abuso, violación o, incluso, incesto. Los argumentos comúnmente esgrimidos para catalogar al embarazo en adolescentes como un problema social y de salud pública, son referidos al supuesto aumento constante en su ocurrencia y a efectos deletéreos sobre la salud perinatal, el bajo peso del niño al nacer,<sup>20</sup> dejando de lado el nudo del problema: ¿Cómo llegan a embarazarse? El embarazo en niñas debe ser llamado por su nombre: un delito, una violación, una de tantas formas de violencia que debemos erradicar. Los profesionales de salud están obligados a denunciar el hecho si existen indicios o sospechas de que la niña ha sido abusada, para asegurar su integridad.

### **1.3. La relación entre escolaridad y embarazo adolescente**

El Instituto para el Desarrollo Social Argentino (IDESIA) plantea que uno de los grandes problemas asociados con la maternidad adolescente es el abandono escolar.

El 50 por ciento del abandono escolar en mujeres entre 15 y 17 años se debe a maternidad de primer embarazo o por que ya tiene hijos.

---

<sup>19</sup> Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. (Mayo 2019). El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción. Documento técnico N° 5. *Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación*. Argentina.

<sup>20</sup> Ministerio de Salud de la Nación/CONAPRIS, CEDES. (2006). El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud.

Si bien las y los adolescentes tienen el derecho a recibir información, educación y servicios de salud integrales (Ver Anexo III, Ley 25673, Art. 2. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable), además de otros apoyos sociales y legales, durante esta etapa altamente formativa de sus vidas, diversos estudios que indagan acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en la adolescencia temprana en materia de sexualidad y reproducción revelan una falta de información, habilidades y preparación cognitiva para las relaciones sexuales.

Aunque las adolescentes de mayor edad también necesitan más información sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, las y los que transitan la adolescencia temprana presentan mayores probabilidades de una comprensión limitada, así como una considerable desinformación acerca del concepto de salud reproductiva, de las prácticas sexuales y los riesgos que éstas conllevan. La desinformación en relación a la sexualidad presenta numerosas nociones erróneas sobre las formas de prevenir el embarazo y la utilización de los métodos anticonceptivos; ya que en algunos casos se adopta como fuente de información la proveniente del grupo de pares, familiares cercanos, omitiendo las consultas a personal de salud confiable. En numerosos casos además de aspectos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos la inexperiencia atraviesa el acceso a información sobre anatomía y fisiología reproductiva; que conduce a la reproducción de las pautas reproductivas con base en el modelo de la heterosexualidad obligatoria y al cumplimiento del mandato de la supremacía del varón en la toma de decisiones relacionadas con el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos.

La relación entre escolaridad y embarazo adolescente es una correlación confusa; por un lado existen evidencias que demuestran que muchas adolescentes dejan sus estudios y luego se embarazan. Sin embargo una vez que los embarazos ocurren, en los casos en los que las adolescentes madres y los adolescentes padres se encuentran en la escuela, existe un riesgo de abandono escolar que las instituciones escolares deben afrontar generando estrategias específicas para ello. La maternidad a edades tan tempranas impacta en la educación de las mujeres: el 95 por ciento de las chicas de 14 años que no son madres asisten a un establecimiento educativo, en tanto sólo el 66 por ciento de las que sí lo son permanece en la escuela. Los motivos de este abandono se relacionan con la

asunción de responsabilidades domésticas o de cuidado, la necesidad de trabajar para completar el ingreso del hogar o por involucrarse en uniones tempranas. “Una diferencia destacable” en las condiciones de asistencia escolar entre las madres adolescentes que viven en pareja o con la familia de origen está dada por que las adolescentes que conviven con su pareja tienen una probabilidad menor de permanecer en la escuela, mientras que las adolescentes que desarrollan la convivencia con sus familias de origen, tienen mayores posibilidades de asistir a la escuela y resolver las necesidades de cuidado de sus hijos. Este dato evidencia la necesidad de fortalecer las políticas públicas de cuidado infantil que incorporen a los hijos de madres adolescentes.

Si bien la presencia de estudiantes embarazadas o estudiantes madres y padres es una constante en la historia de la escuela secundaria, la obligatoriedad del nivel sancionada por la Ley de Educación Nacional 26.206 (Año 2006) hace que sea responsabilidad del Estado proveer las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de trayectorias escolares completas.

El sistema educativo argentino continúa mostrando limitaciones para asegurar a los adolescentes no solo el acceso sino, fundamentalmente, la permanencia y la terminalidad de la escuela secundaria. Según datos relevados por el último Censo Nacional en el año 2010, solo el 47,8% de los jóvenes de 20 años había finalizado el nivel secundario. La Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia de 2012 señala que el 10,2% de los adolescentes de entre 15 y 17 años que dejaron de asistir a la escuela, lo hicieron por motivos asociados al embarazo y la maternidad o paternidad, que constituye la cuarta causa de deserción escolar.” Mabel Bianco, presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), agrega: “Las adolescentes madres, aunque quieren, difícilmente pueden seguir estudiando sin apoyo de la familia y del Estado”.<sup>21</sup>

Las ayudas del Estado son pocas y en general se limitan a darles dinero, como la Asignación Universal por Hijo, pero esto no les alcanza por ejemplo para pagar una guardería para el niño, ni a una persona para que lo cuide. La falta de salas

---

<sup>21</sup> Cada vez más adolescentes dejan la escuela por embarazo. (14 de agosto de 2014). Clarín. Recuperado el 11 de julio de 2017 de: [https://www.clarin.com/sociedad/vez-adolescentes-dejan-escuela-embarazo\\_0\\_HJA9Ndcqv7l.html](https://www.clarin.com/sociedad/vez-adolescentes-dejan-escuela-embarazo_0_HJA9Ndcqv7l.html)

maternales y salas de 3, 4 y 5 años para la educación infantil es una de las deudas del Estado con las madres adolescentes y sus familias.

#### **1.4 Estadísticas y descripción de la situación del embarazo adolescente en Argentina y específicamente en Catamarca.**

Las adolescentes de 10 a 14 años de edad conforman el 9 por ciento de la población mundial y hasta el 15 por ciento en algunos países de ingresos bajos y medios.<sup>22</sup> Reconocer las realidades de las vidas de las y los adolescentes en relación a edad, posición y contexto psicosocial en especial la necesidad de conocer sus cuerpos, así como sus derechos y responsabilidades sexuales es crucial para sentar las bases de una transición segura desde la adolescencia hasta la vida adulta.

El mismo informe plantea que América Latina y el Caribe es la única región donde los partos en niñas de menos de 15 años aumentaron, y se prevé que sigan en ascenso hasta 2030. Quizás tendrá que ver el descenso en la edad de la menarca, el hacinamiento, la promiscuidad, las condiciones en que desarrollan su estilo de vida las familias, el aumento de la desocupación, la precarización laboral, el aumento de la escalada violenta en el ámbito doméstico y social.

En Argentina, según las últimas Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación, los nacimientos en menores de 15 años en 2012 fueron más de 3000. En madres de 15 a 19 años, la cifra trepo a más de 111.200.

En Argentina los indicadores de salud del Ministerio de Salud de la Nación para la población de 10 a 19 años, año 2012, están representados por la Tasa de Fecundidad Adolescente que para la media nacional asciende al 32,7 %; en tanto que el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes se encuentra para la Media Nacional en el 15,7%. Este informe expresa además que entre 2009 y 2012 no hubo muertes por aborto en el grupo de menores de 20 años.

La tasa de fecundidad adolescente relaciona la cantidad de nacidos vivos registrados de madres adolescentes sobre la población femenina adolescente por mil. La tasa de fecundidad adolescente precoz comprende a las madres de 10 a 14 años y la tardía de 15 a 19 años.

---

<sup>22</sup> Population Council, A summary of selected DHS data on very young adolescents. (2019). Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.0014.TO.ZS>

La tasa de fecundidad adolescente en Catamarca descendió de 41.1 a 34 por mil entre 1990 y 2010.<sup>23</sup> De acuerdo con las estadísticas oficiales de UNICEF y del Ministerio de Salud de la Nación, Catamarca se instala en tercer lugar entre las provincias con mayor prevalencia de embarazos precoces. Formosa y Chaco son las provincias que lideran las estadísticas con un total de un 25% de nacimientos de madres adolescentes (es decir menores de 20 años); le siguen Misiones con un 22% y Catamarca, junto con Corrientes y Santiago del Estero con un 21 % respecto del total de nacimientos registrados. El informe elaborado por UNICEF y actualizado en junio de 2013, señala que en Argentina el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes respecto del total de nacimientos no tuvo mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15 % en los últimos 20 años. Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias, ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes en el 2011 superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20 %, entre las que se encuentra Catamarca.

La situación a nivel país demuestra un crecimiento en los últimos años, particularmente en la denominada adolescencia tardía (comprendida entre 15 y 19 años), que refleja un crecimiento en la cantidad de embarazos en los últimos años. Aunque en los últimos tres años se registró una leve disminución en la tasa de embarazo adolescente, la cifra sigue siendo alarmante, en Catamarca, según los últimos datos que se dieron a conocer desde la Maternidad Provincial, durante el 2016 hubo más de 500 partos en la franja etaria de entre 10 y 19 años.<sup>24</sup>

“Que las adolescentes se embaracen, y sobre todo a temprana edad, se debe a que está fallando algo previo. En general son pacientes que no están escolarizadas o no tienen objetivos de vida claros. Eso es lo que hace que nos dificulte disminuir esta tasa de embarazos no deseados. Porque el 90 por ciento de esos embarazos no son buscados”. En otras palabras, lo que vislumbra es una problemática básicamente social y educativa. Cada tres horas una niña de entre 10 y 14 años se

---

<sup>23</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2009. Argentina. Recuperado el 3 de abril del 2018 de: [http://infoargentina.unicef.org.ar/informes/09\\_unicef\\_reporte\\_Catamarca\\_final.pdf](http://infoargentina.unicef.org.ar/informes/09_unicef_reporte_Catamarca_final.pdf)

<sup>24</sup> Maternidad e Infancia. (2016). Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca.

convierte en madre en la Argentina.<sup>25</sup> Son 2.787 por año, el 3,6 por mil de los nacimientos. La mayoría accede al sistema de salud recién durante el parto. La falta de educación sexual y la marginalidad, entre las causas.

Argentina es grande y desigual, el mapa del embarazo adolescente se parece bastante al de la pobreza, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires la tasa de fecundidad de las niñas es de 0,39, en el Chaco llega a 5,18, como en Formosa, como en Misiones. Son cifras oficiales de 2015, las últimas disponibles, y no varían mucho de las de una década atrás.

Las madres de 14 años provienen de hogares con algún indicador de NBI (necesidades básicas insatisfechas). La mayoría de las adolescentes madre deja la escuela antes del embarazo. El embarazo infantil forzado no es buscado, produce angustia y temor y resulta del desconocimiento por parte de estas niñas de las consecuencias de la actividad sexual o cuando, conociéndolas, no pueden hacer nada para prevenirlas. Resulta preocupante la naturalización de las situaciones de acoso y coerción por parte de las adolescentes así como las actitudes de descreimiento, ocultamiento y culpabilización por parte de sus familias, en determinados contextos, las adolescentes y sus familias no cuentan con herramientas para identificar y comunicar a los organismos del Estado las situaciones de abuso sexual. Los embarazos en menores de 15 años agudizan la vulnerabilidad de este grupo de adolescentes frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia.

Las madres adolescentes están en desventaja en relación a la condición de la vivienda en la que habitan y en su cobertura de salud, trabajan o buscan trabajo con mayor frecuencia que sus pares no madres. La maternidad adolescente es más frecuente entre las residentes en áreas rurales, entre quienes viven en hogares con necesidades insatisfechas.

La falta de acceso a una educación sexual temprana e integral, las relaciones desiguales de poder entre los géneros, la falta de servicios de salud amigables, la imposibilidad de acceder a la interrupción legal del embarazo cuando así lo hubieran solicitado y la situación de pobreza en la que generalmente viven exponen a estas niñas y adolescentes a un embarazo infantil forzado y a una maternidad

---

<sup>25</sup> Iglesias, M. (2017). Informe de Unicef con datos oficiales. Clarín. Recuperado el 11 de julio de 2017 de: [https://www.clarin.com/sociedad/embarazo-infantil\\_0\\_Hyyy2LZSb.html](https://www.clarin.com/sociedad/embarazo-infantil_0_Hyyy2LZSb.html)

temprana no buscada. Que el 15 por ciento de los partos en Argentina sean de adolescentes es una cifra muy alta. Y en algunas provincias llega al 25%. Y alrededor de 3.000 son de niñas, que en la mayoría de los casos han sido víctimas de abuso, porque a esa edad hay abuso de poder. Ser madres a esa edad no es algo bueno para su salud física ni psíquica. Los recién nacidos de madres menores de 15 años tienen mayor riesgo de ser prematuros y con bajo peso, condiciones que aumentan sus probabilidades de contraer enfermedades graves o morir. El 11% de los bebés de estas mamás nace con menos de 2,5 kilos. Además, “la maternidad y la crianza profundizan situaciones de vulnerabilidad previas al embarazo”.

El abuso sexual en la infancia ocurre mayormente dentro de las familias, y se oculta o se naturaliza. Hay que hacer un trabajo de sensibilización muy fuerte para desnaturalizarlo.

La denominación de abuso sexual incluye: abuso deshonesto, coito forzado y coito entre adulto y menor. La coerción psicológica, engañosa, ejercida por el adulto sobre la niña dejará marcas indelebles, dificultando su óptimo desarrollo físico y mental. El equipo de salud en su conjunto no puede pensar en niñas-madres sin pensar en adultos ultrajadores, a menudo con la tolerancia de la madre de la menor,<sup>26</sup> un volumen nada despreciable de embarazos en adolescentes son producto de violación, bajo la denominación de abuso sexual se incluyen: abuso deshonesto, el coito forzado y, en algunos países, el coito entre un adulto y una menor de 12 años. Por lo general la cohesión es psicológica o engañosa. En este tema se incluye también el abuso físico psicológico, denominado *maltrato infanto-juvenil*. Los factores asociados revelan que un 55% de las violaciones de adolescentes son intrafamiliares (padre, padrastro, otros parientes y conocidos de la familia). Entre las consecuencias de la violación en adolescentes se ponen en evidencia los embarazos y niños no deseados, acompañado por el acrecentamiento de la mortalidad de niños a los 5 años de vida, el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, el aumento de la posibilidad de padecer el Síndrome de Trastornos de Stress Post – Traumático, progresión del riesgo de embarazos repetidos, agresiones sexuales en la adultez y de conducta promiscua años

---

<sup>26</sup> Molina R. (2003). Abuso sexual en adolescentes: aspectos epidemiológicos. En: Molina, R. Sandoval, J. & González E. *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. (pp. 596 – 607). Santiago, Chile: Mediterráneo.

después de la violación única o repetida, especialmente cuando son intrafamiliares y crónicas.

### **Mortalidad materna en adolescentes**

En los últimos cinco años, la muerte de mujeres embarazadas creció un 19% hasta alcanzar 48 muertes por 100.000 embarazos. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las adolescentes menores de 16 años debido a un incremento de hasta el 40% en la probabilidad de desarrollar diferentes patologías, son un grupo de alto riesgo. El 14% de los óbitos maternos registrados en el país corresponde a niñas adolescentes de entre 10 y 19 años.<sup>27</sup> La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos a enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes. Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la Salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud.

### **1.5 Las políticas en salud y educación para prevenir/abordar embarazos adolescentes.**

La situación del embarazo adolescente en Argentina (2016) está dada por la complejidad de situaciones por las que atraviesan los y las adolescentes, requiere

---

<sup>27</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2009). Indicadores de mortalidad, natalidad y salud reproductiva; UNICEF. Sociedad Argentina de Pediatría. Salud Materno Infante Juvenil en cifras.



de un abordaje integral e intersectorial. Es por eso que en la adolescencia se evidencia que la atención a la salud requiere, no sólo un abordaje biológico, sino fundamentalmente una perspectiva centrada en derechos.

La falta de información, habilidades y preparación cognitiva para las relaciones sexuales encuentra su anclaje en algunos datos que advierten que en Argentina nacen anualmente unos 117.000 hijos de madres menores de 20 años, es decir el 15% del total de nacimientos anuales, aunque en algunas jurisdicciones los embarazos en la adolescencia alcanzan al 25% de los embarazos. Se conoce que 3.000 de esos 117.000 son hijos de madres menores de 15 años. Además influye en la adolescencia temprana, la proporción de relaciones con asimetría de poder, coerción y abuso. Si bien la fecundidad adolescente en la Argentina se mantiene relativamente estable con una pequeña tendencia al alza en los últimos 10 años, encontramos que casi el 70% de los embarazos en la adolescencia son no planificados/oportunos. Es decir el 70 % de las adolescentes dicen que no buscaron esos embarazos. Esto plantea una falla en términos de accesibilidad al derecho a la salud sexual y reproductiva. Centralmente, en términos de efectiva y oportuna utilización de los métodos anticonceptivos. El abordaje de esta problemática requiere no sólo la información y distribución de métodos anticonceptivos, sino también la seguridad de contar con un stock suficiente para cubrir la demanda y que no se vean en la necesidad de cambiar de método por la falta de insumos—ejemplo entregan un ACO (anticonceptivos orales) cuando la adolescente recibía ACI (anticonceptivo inyectable). De acuerdo a lo explicitado los principales desafíos en términos de accesibilidad y equidad para las políticas públicas en torno al embarazo en la adolescencia están dados frente a la necesidad de respetar la edad de la gestante, conocer las modificaciones que el contexto psicosocial provoca en esta franja etaria.

Los aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia temprana a tener en cuenta son las condiciones en que la mujer adolescente lo transita, de qué modo las funciones reproductivas se manifiestan en un embarazo por el ejercicio de prácticas sexuales sin protección, por coacción, abuso y/o violación.

Desde esta perspectiva la actitud hacia la maternidad difiere en relación a la posición social, a los soportes que brindan la presencia de adultos significativos, y al acceso a los servicios de salud sexual y procreación responsable.

La repetencia de los embarazos en la adolescencia es un tema que las políticas públicas deben afrontar. No hay que perder de vista que siguen siendo adolescentes que circunstancialmente transcurren procesos de embarazos, que la condición de adolescente embarazada no las evoluciona automáticamente hacia la adultez.

Las políticas públicas destinadas a adolescentes requieren de esfuerzos para mejorar el acceso a servicios de salud y prácticas anticonceptivas. La consejería en salud sexual y salud reproductiva es una buena estrategia de los equipos de salud y se entiende como un modelo de atención que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva. Tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva de manera libre, consciente e informada. En todos los casos las consejerías son espacios de asesoramiento personalizado y deben estar orientadas por la singularidad de la situación de la o el consultante. Cada situación es única y, como tal, necesita de intervenciones, adecuadas siempre al contexto.

El acceso a servicios de calidad podría reducir los datos que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF 2017) presenta teniendo en cuenta el análisis de la última información censal disponible que indica, entre otros datos, que en Argentina nacen anualmente entre 2800 y 3200 niños de madres menores de 15 años.

Asimismo, es necesario fortalecer la implementación de la Educación Sexual Integral en todos los niveles. UNICEF recomienda trabajar en el abordaje de contenidos relativos a la desigualdad de género, los derechos de niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento de situaciones de abuso y coerción, el cuidado del cuerpo propio y ajeno, el placer en la sexualidad.

La Ley Argentina dispone de un marco legislativo favorable para garantizar el derecho de los adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad. Ello está establecido por las leyes 26.061 (Ver Anexo II) y 25.673 (Ver Anexo III), la implementación de un programa de educación sexual integral en las escuelas, establecido por la ley 26.150 (Ver Anexo I), y el derecho a la

educación a las adolescentes durante el embarazo y la lactancia también estarían garantizados por las leyes 25.808 (Ver Anexo IV) y 25.273 (Ver Anexo V). Los acuerdos internacionales afirman que *todas* las personas adolescentes -incluyendo las más jóvenes- tienen el derecho a recibir servicios, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad sobre la salud sexual y reproductiva que les permitan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.<sup>28</sup> La educación formal e informal debería promover relaciones basadas en la igualdad de género y el respeto mutuo, además de posibilitar que las y los adolescentes se protejan contra embarazos tempranos y no deseados, Infecciones de transmisión sexual (ITS), Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como el abuso sexual y la violencia.

El acceso de las y los adolescentes a información y servicios no deberá ser restringido por barreras legales, regulatorias o sociales discriminatorias basadas en la edad o el estado civil, ni por las actitudes negativas de los proveedores de cuidados de salud. Todos los programas deben resguardar el derecho de las y los adolescentes a la privacidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento informado.

En las escuelas y otros ámbitos, incluidos los programas extraescolares, se necesita urgentemente una educación efectiva, integral y continua sobre la sexualidad que se base en los principios de los derechos humanos y la igualdad de género y que responda a las preguntas de las y los adolescentes jóvenes. En este sentido considero que la educación sobre la sexualidad y las relaciones basada en un currículo debería iniciar temprano en la escuela primaria e intensificarse en los niveles más altos de ésta y de la educación media. Es conveniente tener en cuenta que los currículos apropiados a la edad que van dirigidos a niños y niñas antes de que inicien su actividad sexual deben abordar no sólo los aspectos fisiológicos de la sexualidad y la reproducción, sino también los emocionales de las relaciones íntimas, las diversas expresiones sexuales y la autoestima, además de enseñar

---

<sup>28</sup> Párrafos acerca de la adolescencia en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994, y la revisión de cinco años por la Asamblea General de las Naciones Unidas; así como de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995, y la revisión de cinco años por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

habilidades para la negociación y la toma de decisiones.<sup>29</sup> Otras de las competencias necesarias que los espacios curriculares deben tener en cuenta es que las y los adolescentes menores de 15 años necesitan información, habilidades prácticas y apoyos familiares, sociales y legales que les hagan posible tomar decisiones informadas—inclusive rechazar el matrimonio forzado—y protegerse contra todas las formas de acoso, coerción y violencia sexuales en sus familias, escuelas y comunidades. Los adolescentes requieren de espacios seguros donde puedan hacer preguntas, hablar entre sí y con personas adultas de confianza y obtener la información y el apoyo necesarios para reforzar los cambios positivos en sus actitudes y conductas.

### **Servicios de salud sexual y reproductiva**

Los proveedores de cuidados de salud sexual y reproductiva—como anticoncepción, pruebas y consejería para ITS y VIH, condones y atención del aborto—con frecuencia se rehúsan a servir a adolescentes menores de 14 años y pueden negarles estos servicios por completo.<sup>30</sup>

En algunos casos, esta discriminación se basa en políticas que restringen el acceso de menores de edad, sin consentimiento parental a los servicios de salud; en otros, tiene sus raíces en los valores culturales, la falta de conciencia respecto a las necesidades y negación de éstas, o los temores de los propios proveedores.

Casi en todas partes se necesita prestar una mayor atención a especificar las necesidades de diversos grupos de adolescentes con el fin de diseñar e implementar programas integrales que desarrollen sus habilidades e incrementen su seguridad en sí mismas/os, su base de conocimientos y capacidad personal; es también necesaria la capacitación de docentes, trabajadores sociales, proveedores de cuidados de salud, personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley y

---

<sup>29</sup> Irvin, A. *Positively Informed: Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocate*. (2004). New York: International Women’s Health Coalition. UNAIDS Inter- Agency Task Team on Young People; Ross, D.A., Dick, B. & Ferguson, J. eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. (2006). Geneva: World Health Organization. Douglas Kirby, B. A. Laris, and Lori Roller, *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics*. (2006). Washington, DC: Family Health International and YouthNet.

<sup>30</sup> World Health Organization. (2005). Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. / Karl L. Dehne, Gabriele Riedner. World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43221>

otros en la comunidad para que respondan eficazmente a las necesidades y preocupaciones de adolescentes jóvenes.<sup>31</sup>

### **Barreras legislativas y acceso a la salud**

Si bien la existencia de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos está relacionada con las limitaciones al acceso a los servicios de salud, es necesario reconocer que las barreras geográficas, culturales y económicas se suman a las que imponen algunas legislaciones y prácticas.

Frente al creciente papel de los parlamentos nacionales y las cortes de justicia en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva, tales como acceso a métodos de planificación familiar, información sobre salud sexual, acceso al aborto terapéutico, toma de decisiones y consentimiento de adolescentes para exámenes médicos y tratamientos, se hace imprescindible el trabajo conjunto de equipos multidisciplinarios para identificar tanto las brechas como las oportunidades para la elaboración de políticas y leyes que garanticen los derechos reproductivos y otros derechos humanos relacionados.

Las barreras adicionales que enfrentan los adolescentes pueden estar relacionadas con la falta al cumplimiento del derecho a la confidencialidad y privacidad; insuficientes servicios de salud sexual y reproductiva institucionales, seguros y de calidad que ofrezcan información, orientación y la interrupción del embarazo; escasos servicios de orientación de la familia y programas de educación para padres y madres; falta de acceso a planificación familiar, incluyendo anticoncepción oral de emergencia para adolescentes y ausencia de protocolos reglamentados sobre interrupción terapéutica del embarazo además de la inexistencia de mecanismos de protección dentro de las defensorías de derechos humanos que incluyan visitas a servicios de salud para adolescentes y otras agencias nacionales donde los jóvenes encuentren protección de sus derechos humanos.

---

<sup>31</sup> UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People; David A. Ross, Bruce Dick, and Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. (2006). Geneva: World Health Organization. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_938\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf) Sue Alford, Nicole Cheetham, and Debra Hauser, *Science and Success in Developing Countries: Holistic Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections*. (2005). Washington, DC: Advocates for Youth. Recuperado de: <http://www.advocatesforyouth.org/programsthatwork/developing/index.htm> Judith Bruce and Amy Joyce, eds., *The Girls Left Behind: The Failed Reach of Current Schooling, Child Health, Youth-Serving and Livelihoods Programs for Girls Living in the Path of HIV*. (2006). New York: The Population Council.

La falta de acceso equitativo y oportuno a servicios de calidad es la causa de fondo de la mortalidad materna y neonatal. En consecuencia, será importante que la legislación aplique principios conducentes a reducir inequidades y garantizar la protección del derecho a la salud reproductiva y a la maternidad saludable. Entre estos principios se encuentran las garantías de acceso universal, oportuno y de calidad a establecimientos educacionales, servicios integrales de salud, bienes y tecnologías pertinentes de acuerdo a las necesidades de la población y sus condiciones de acceso geográfico. En este marco, el acceso gratuito y el financiamiento público eliminan barreras financieras y aseguran sostenibilidad. La legislación deberá garantizar el acceso al conjunto de intervenciones identificadas como costo efectivas en el curso de vida para la protección de la salud reproductiva, materna y neonatal.<sup>32</sup>

Entre las consideraciones médico-éticas sobre la anticoncepción<sup>33</sup>, la medicina actual ha modificado las tradicionales condiciones reproductivas al lograr el control científico de la procreación. La biología anticonceptiva, al abrir el camino de la disociación entre sexualidad y reproducción, libera así a la mujer de la carga de una maternidad no elegida. El tema de la salud reproductiva en la mujer, y su incidencia en la efectividad de la anticoncepción, queda condicionada al entrecruzamiento de cuestiones tan diversas como temas sexuales o conflictos psicológicos, hasta otros como moral y sociedad, íntimamente entrelazados. Cada etapa de vida merece a su vez, consideraciones especiales. El fracaso de la anticoncepción en edades juveniles, nos enfrentan a una conflictiva maternidad adolescente<sup>34</sup>, con serias implicancias psico-sociales y renovados lugares de responsabilidad de los profesionales actuantes.

Se dice que el médico debe respetar la libre elección de la pareja a cuya consulta responde y que por el principio de autonomía, la paciente tiene derecho a saber y decidir en todo el proceso biomédico. Todo acto médico constituye un punto de

---

<sup>32</sup> Organización Mundial de la Salud. (2010). Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva: WHO; WHO/FCH/. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf)

<sup>33</sup> Losoviz, A. (1996). Algunas consideraciones médico-éticas sobre la anticoncepción. Revista de la Asociación Médica Argentina. 109 (3).

<sup>34</sup> Méndez Rivas, J.M. (1993). Cap. XVII. En: A. Coll. (Ed.), Salud Reproductiva en la adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Ascune.

encuentro entre un paciente que pide ayuda, un médico que intenta responder a dicha demanda, y una medicina que promete esperanzas frente al dolor. En cuanto a la consulta propiamente dicha, la existencia de una buena relación médico-paciente, permitiría hallar motivaciones o resistencias a la anticoncepción solicitada, disminuyendo el margen de fracasos de ésta. También el médico puede tener conflictos no elaborados, que pueden serle reactivados frente a ciertas consultas, y que le pueden llevar a actuar o inducir a inadecuadas orientaciones terapéuticas.

Dado que los dilemas médicos no tienen respuestas unívocas, la estrategia final de una metodología anticonceptiva debe derivarse de la consideración de múltiples factores, en marcos de interdisciplinariedad, sin cuya evaluación integral no se podría establecer un verdadero planteo ético.

## CAPITULO II

### **Modelos, principios y elementos de la ética médica.**

En este apartado se desarrollaran los Modelos para una medicina ética<sup>35</sup>, los principios fundamentales que se pueden aplicar a la ética de la sexualidad, a la bioética y a la ética de la actuación médica y los elementos interrelacionados.

#### **2.1. Perspectivas y abordajes de la Ética en el campo de la Salud**

La mayoría de los problemas éticos en la práctica médica surgen en casos en que la condición médica o el propio procedimiento deseado por el paciente no presentan un problema moral. Sólo yendo más allá de las cuestiones específicas, hacia temas éticos implícitos más básicos, se pueden tratar los problemas éticos reales en medicina.

El más importante de los temas implícitos en la nueva ética médica es que el cuidado de la salud es un derecho humano, y ya no más un privilegio limitado a aquellos que pueden pagarlo. Dos revoluciones mellizas han contribuido a este cambio. La revolución biológica, en donde el cuidado de la salud es esencial para "la vida, la libertad y el logro de la felicidad". Y la revolución social, donde el cuidado de la salud es un derecho para todos, la cual realmente es una revolución en nuestra concepción de la justicia. Si la oscura frase "todos los hombres son creados iguales" significa algo en el contexto médico, donde biológicamente resulta claro que no son iguales, ésta significa que son iguales en la legitimidad de sus demandas morales. Deben ser tratados de la misma manera en lo que es esencial para su humanidad, dignidad, libertad, individualidad.

Los modelos de bioética, son modelos de relación médico paciente (Robert Veath, 1972):

##### *1. El modelo de ingeniería (“El Modelo Mecánico”):*

Describe aquellas relaciones en las cuales el médico actúa como un técnico y los enfermos acuden a él para que “repare” su organismo mal funcionando, en donde el médico ha sido instruido como “científico” para realizar dicha reparación y se espera de él que actúe con eficiencia e idoneidad. Aquí el médico diagnostica y

---

<sup>35</sup> Veatch, R. (1995). Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria. En Luna, F. (Ed.), Decisiones de vida y muerte. (pp. 56 – 62). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.



propone un tratamiento, el paciente toma una decisión, el médico no se siente responsable ni comprometido actúa verazmente. “El paciente tiene derecho = Principio de Autonomía”.<sup>36</sup>

Uno de los impactos de la revolución biológica es hacer del médico un científico. Con demasiada frecuencia se conduce como un científico aplicado. La retórica de la tradición científica en el mundo moderno es que el científico debe ser "puro", debe ser fáctico, divorciándose de toda consideración de valor. A diario deben hacerse elecciones: en el diseño de la investigación, en los niveles de significación de los estudios estadísticos y en la percepción de las observaciones "significativas" provenientes de un campo perceptual infinito. Cada una de estas elecciones requiere un marco de valores sobre el cual están basadas. Y más aún en una ciencia aplicada como la medicina, las elecciones basadas en lo que es "significativo", en lo que es "valioso", deben hacerse constantemente. Además, aunque el médico pudiera eliminar lógicamente todas las consideraciones éticas y otras valoraciones de su toma de decisión, y aun si pudiera en la práctica conformar el imposible ideal de verse libre de valores, sería moralmente ultrajante para él obrar así.

## 2. El modelo sacerdotal (“El médico Sacerdote”):

El médico se ocupa del “bien” de su paciente y en post de este bien actúa vulnerando intencionalmente su autonomía si, según su criterio es necesario hacerlo.

Aquí el médico diagnostica y decide el tratamiento mejor para su paciente, sobre la base de él, sea por sus conocimientos, su estado emocional o por su situación social, no está en condiciones de hacerlo por sí mismo.

El valor fundamental es hacer el bien y no daña aunque la autonomía se vulnere en post de esos objetos. La concepción que fundamenta este accionar es el paternalismo Beneficencia – No Maleficencia versus Autonomía – Veracidad.

El sociólogo de la medicina Robert N. Wilson describe como religiosa la relación médico-paciente.<sup>37</sup> El principio ético más importante que resume esta tradición

---

<sup>36</sup> Libros virtuales IntraMed. *Modelos de relación médico – paciente*. Recuperado de <http://www.intramed.net>sitios>librovirtual6>pdf>

<sup>37</sup> Veatch, R. (1995). Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria. En Luna, F. (Ed.), *Decisiones de vida y muerte*. (pp. 56 – 62). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

sacerdotal es "Beneficiar y no dañar al paciente". Pero la paternidad ha sido durante mucho tiempo un símbolo alternativo del modelo sacerdotal. Del mismo modo, la literatura sociológica de la medicina clásica siempre utiliza la imagen padre-hijo como una analogía para la relación médico-paciente.

¿Qué incluiría este conjunto mayor de normas?

- a) Hacer el bien y no dañar. A excepción de la más estrecha tradición kantiana, nadie excluye completamente el deber moral de hacer el bien y evitar el mal.
- b) Protección de la libertad individual. La libertad personal es un valor fundamental en la sociedad. Es esencial para ser realmente humano. La libertad individual, tanto para el médico como para el paciente, debe ser protegida, aun si parece que se hará algún daño en ese proceso. Es por eso que a los pacientes legalmente competentes la sociedad les permite rechazar transfusiones de sangre u otro tipo de atención médica, aun cuando para la gran mayoría de nosotros parece ser un gran daño.
- c) Preservar la dignidad individual. Hablar de la igualdad de la importancia moral de todas las personas significa que a cada cual se le concede una dignidad fundamental. La libertad individual de elegir y controlar la vida y el cuerpo propios contribuye a esa dignidad. Muchos de los pasos de la hospitalización, el cuidado y el mantenimiento de un paciente, particularmente grave, configuran hoy un ataque a esa dignidad. El enfermo emaciado, senil, conectado a la vida por tubos intravenosos, por una traqueotomía y una colostomía, tiene dificultades para mantener su sentido de dignidad. No sorprende que muchos prefieran volver a sus propios hogares para morir. Es allí, en su propio medio, donde tienen sentido de poder y dignidad.
- d) Decir la verdad y mantener las promesas. Las obligaciones éticas de decir la verdad y mantener las promesas han conservado su lugar en la ética porque son vistas como esenciales para la calidad de las relaciones humanas.
- e) Mantener y restablecer la justicia. Otra forma en la que las normas éticas de la sociedad van más allá de la preocupación por ayudar y no dañar al paciente, es la insistencia en una distribución justa de los servicios de salud. La que hemos dado en llamar la revolución social, tan prefigurativa como puede ser, ha aumentado nuestra preocupación por la igualdad en la distribución de los

servicios básicos de salud. Si el cuidado de la salud es un derecho, lo es para todos.

### *3. El modelo de los colegas (“El Médico Socio”):*

Es cuando el médico y el paciente se comportan como socios, sin asimetría en el rol.

Las decisiones y responsabilidades son compartidas, sin embargo el diagnóstico sigue estando en manos del médico aunque éste quiera hacer participar en él al enfermo, salvo cuando el paciente es a su vez un colega que sigue funcionando como médico, lo cual trae aparejado otros problemas.

En el esfuerzo de desarrollar un equilibrio más apropiado, que podría permitir preservar los otros valores y obligaciones fundamentales, algunos han sugerido que el médico y el paciente deberían actuar ellos mismos como colegas, persiguiendo el objetivo común de eliminar la enfermedad y preservar la salud. Es en el modelo de los colegas donde los temas de fe y confianza desempeñan el papel más importante.

### *4. El modelo contractual:*

En este caso se considera que el contrato que se establece es una concertación o acuerdo orientado al tema que motiva el encuentro que es la salud del paciente.

El diagnóstico lo realiza el médico y, si bien el que decide es el paciente, la responsabilidad es compartida. Existe respeto por la autonomía del paciente al que se le informa para que pueda decidir con fundamento.

Este modelo es el que parece más adecuado según los principios prevalecientes hoy en día, pero es importante considerar que el “contrato” que se establece con el paciente es desde el punto de vista de lo consiente. Haber informado al paciente no garantiza que este haya comprendido.

El modelo de relación social que se adapta a estas condiciones es el de contratación o concertación. Aquí, dos individuos o grupos interactúan de forma tal que hay obligaciones y se esperan beneficios para ambas partes. Las obligaciones y los beneficios, sin embargo, tienen una amplitud limitada, aun si se expresan en términos algo vagos. Las normas básicas de libertad, dignidad, veracidad, mantenimiento de promesas y justicia son esenciales para una relación contractual. La premisa es fe y confianza, aun cuando se reconozca que no hay una reciprocidad completa de intereses.

Sólo en el modelo contractual puede haber un verdadero compartir de la autoridad ética y la responsabilidad. Ello evita la abdicación moral por parte del médico del modelo de ingeniería y la abdicación moral por parte del paciente del modelo sacerdotal. También impide el sentido de igualdad descontrolado y falso que se ve en el modelo de los colegas. Con la relación contractual hay un reparto, por el que el médico reconoce que el paciente debe mantener su libertad de control sobre su propia vida y destino cuando tienen que hacerse elecciones significativas.

Este modelo contractual centra la relación sobre la teoría del contrato social extendida a los principios éticos. La elección operativa en el campo médico se traslada al paciente, limitando de esta forma la operatividad del médico y reduciendo todo a un contrato. El principio de beneficencia deja de tener un papel cardinal en el actuar médico, asumiendo su papel el principio de autonomía. La sacralidad de la vida es sustituida por la calidad de la vida.<sup>38</sup>

##### 5. El modelo deliberativo:

La deliberación es el método más adecuado para la toma de decisiones, en donde la racionalidad deliberativa es un rasgo compartido por las profesiones asistenciales, la ética y el derecho, cuyo objetivo es alcanzar decisiones prudentes y razonables en condiciones de incertidumbre.

En este sentido los comités de bioética contribuyen a la toma de decisiones sobre cuestiones valorativas en el ámbito sanitario y social, y que han adoptado la deliberación como guía metodológica de su actuación, en donde el método deliberativo supone un cambio en el lenguaje bioético, este método se articula en 4 niveles sucesivos: 1). Los Hechos (la base del proceso son los hechos clínicos), 2). Los Valores (son aquellas cosas importantes para un ser humano y que nos exigen respeto), 3). Los Deberes (realizar valores positivos o lesionarlos lo menos posible), 4). Las Normas (el objeto de la ética es la búsqueda de la solución óptima). El objetivo del método deliberativo es el análisis ético de los problemas, no es conflictivista sino armonizador, en donde la decisión que pone fin al procedimiento deliberativo es la recomendación.<sup>39</sup> Este método ayuda a alcanzar decisiones

---

<sup>38</sup> Mazuelos Pérez, J. (1998). *Posibilidad y significado de una bioética mediterránea. Comparación de los modelos bioéticos de H. T. Engelhardt y D. Gracia* (Tesis doctoral). Pontificia Universitas Lateranensis Academia Alphonsiana Institutum Superius Theologiae Moralis, Roma, Italia.

<sup>39</sup> Seoane, J. A. (2016). *Argumentación jurídica y bioética. Examen teórico del modelo deliberativo de Diego Gracia*. AFD, (XXXII), pp. 489-510.

prudentes, responsables, de auténtica reflexión desde una perspectiva plural, en donde la deliberación es una tarea difícil, y que necesita de muchas condiciones: ausencia de restricciones externas, buena voluntad, capacidad de dar razones, respeto por los otros cuando están en desacuerdo, deseo de entendimiento, cooperación y colaboración. Es decir que la deliberación descansa, no en la “decisión” sino en el “compromiso”.<sup>40</sup>

Este método de toma de decisiones en bioética clínica son instrumentos propuestos para el estudio sistemático y ordenado de los problemas morales que se presentan en el contexto de la relación clínica, en procura de la mejor solución desde el punto de vista humano, ético y científico. En los comités de bioética clínica tienen por propósito del “procurar resolver los conflictos éticos que plantea la asistencia hospitalaria”.<sup>41</sup>

## **2.2. El concepto de Autonomía en el campo de la Ética. Los principios de la Ética.**

En bioética: pluralidad y debate,<sup>42</sup> se suele decir que el embarazo adolescente es un grave problema, que va en constante aumento y que acarrea importantes consecuencias para las jóvenes en cuanto a su vida y su salud.

En principio, hay que distinguir lo que médicamente se conoce como "embarazo precoz", que es el que se presenta durante los dos años posteriores a la primera menstruación, el cual sí representa un riesgo de salud para la mujer.

En gran parte del país, sobre todo en el medio rural o el urbano marginado, las adolescentes no tienen otras oportunidades. "En el campo, para una niña de 14 años que termina la primaria, lo que viene a corto plazo es unirse (voluntariamente o no) y se embaraza de inmediato". Así, la pobreza y la falta de oportunidades son muy importantes entre las causas del embarazo en la adolescencia.

---

<sup>40</sup> Zamora Calvo, M.A & Castillo Ayala, A. (2018). Aplicación del proceso deliberativo ante dilemas éticos: Actuación del comité de ética asistencial en un caso clínico. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (26), pp. 71-78.

<sup>41</sup> Parra Pineda, M.O. (2018). La deliberación en la toma de decisiones bioético – clínicas según Diego Gracia. *Investigaciones Andinas*, 20, (37), pp. 27-40.

<sup>42</sup> Rico, R. (Septiembre de 2012). *La bioética en su discurso plural y relativo, se compromete al debate y al consenso; respetando la autonomía y la dignidad de la persona*. CD. de México, D.F., México.

### **Análisis bioético de la problemática**

El problema de la maternidad infantil, manifiesta facetas múltiples: sanitarias, económicas, sociales, políticas, educativas, entre otras. Consideramos que las aristas éticas de la problemática no sólo constituyen un importante aspecto del problema, sino que funcionan como elemento articulador a la hora de evaluar una situación compleja, por la convergencia de las facetas señaladas.

Si nos centramos en las funciones que cumplen en la atención los equipos de salud, los principios clásicos de la bioética se hacen presentes de un modo u otro a la hora de analizar la problemática. Beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.<sup>43</sup>

En lo que respecta a la teoría de los cuatro principios:

1. **Autonomía:** es el derecho de tomar decisiones que tiene toda persona (las personas tienen derecho a decidir por ellas mismas). En una sociedad moderna, la libertad de conciencia es un derecho, de modo que los jóvenes pueden decidir el tipo de vida sexual que quieren tener. Exige el respeto a la capacidad de tomar decisiones en personas autónomas.
2. **No Maleficencia:** exige no hacer daño a los demás, no dañarlos, no exponerlos a riesgos innecesarios. Este concepto rige la gestión pública y establece que la beneficencia está limitado por la no maleficencia pública. La no maleficencia pública limita la beneficencia privada, es decir, el bienestar está limitado por el cuidado de causar malestar a los demás. La decisión, por ejemplo, sobre la actividad sexual debe ser entre 2 personas competentes adultas o por lo menos competentes, que tengan capacidad para tomar la decisión. Una persona que guste mucho de cierto tipo de sexualidad no puede abusar de una persona incompetente que no tenga libertad y competencia para tomar esa decisión.
3. **Beneficencia:** consiste en hacer las cosas buenas (busca el bien del paciente). Exige prevenir daño, procurar asistencia y equilibrar la ayuda frente a los riesgos y a los costos.

Desde el punto de vista médico, significa que el profesional debe hacer lo que es bueno para sus pacientes y evitar dañarlos destruyendo su sistema de valores o yendo contra ellos.

---

<sup>43</sup> Libros virtuales IntraMed. *Modelos de relación médico – paciente*. Recuperado de <http://www.intramed.net>sitios>librovirtual6>pdf>

La beneficencia rige esencialmente lo que es la gestión privada, de acuerdo a los valores, proyectos de vida y circunstancias que cada persona encuentre buenas para sí mismas.

4. **Justicia:** exige una apropiada distribución de asistencia, riesgos y costos de forma imparcial. Todas las personas tienen la misma oportunidad de recibir la atención médica que necesitan (es el aspecto socio comunitario que se debe considerar en toda acción de salud). Ejemplo, se da cuando los jóvenes plantean que desean evitar el embarazo en la adolescencia, porque eso les permitirá llegar a ser mejores personas para su sociedad, pues les va a ser más fácil lograr sus metas y llegar a ser personas productivas.

Los principios de beneficencia y no maleficencia enfrentan al equipo de salud con la necesidad de minimizar los costos físicos y psicosociales de estas niñas y adolescentes. Urge no sólo brindar la mejor calidad de atención médica posible, sino contener una situación que muestra las carencias del sistema en su conjunto, ya que a la atención de la salud se suman cuestiones vinculadas con la educación, la vivienda, la familia y el trabajo, entre otras.

Si atendemos a las políticas de prevención sanitaria, el principio de autonomía indica el derecho a recibir información para poder decidir acerca de una situación que, en el caso que tratamos, muchas veces no es elegida. Información y poder de decisión que no sólo deben ubicarse a la hora de enfrentar la situación de embarazo sino mucho antes. La información y la posibilidad de tomar decisiones autónomas deben acompañar a las personas a lo largo de todo su desarrollo, al internalizarse en las familias, en los hogares, construyendo el espacio para el ejercicio comunitario de libertad y autodeterminación. Está claro que se trata de un *desideratum* que será efectivo con la puesta en ejercicio del principio de justicia distributiva, de equidad concreta y no sólo declamada, en la distribución de recursos.

Estamos convencidos de que la presencia de la ética no se limita a un repaso de los principios clásicos. Ejercitar la ética supone dar visibilidad a un problema. Es ponerlo en el foco de atención e iluminar sus complejidades y paradojas y, por lo tanto, dislocar la cadena de ocultamientos que surge cuando algo molesta.

En el contexto de ética, sexualidad y adolescencia<sup>44</sup>, se presenta una reflexión, desde el punto de vista de la bioética moderna, acerca de la sexualidad en los menores de edad, pensando que la bioética es una guía para la acción médica, independiente de los sistemas de valores personales.

La bioética define la palabra competencia como la condición en la cual los seres humanos son moral y judicialmente responsables de sus actos.

La competencia se puede ver desde el punto de vista del modelo paternalista tradicional, según el cual todo menor de edad es incompetente y las decisiones deben quedar a cargo de adultos responsables que consideren el mayor beneficio, coincida esto o no con el deseo o criterio del menor.

Otro punto de vista para analizar la competencia es el concepto de que la adolescencia es un período de transición, entre la dependencia total del niño a la total independencia de un adulto competente, transición que es gradual y que demora un tiempo variable en cumplirse, de modo que es difícil establecer a qué edad se cumple el proceso.

La ética define la doctrina del menor maduro, según la cual el individuo puede ejercer los derechos desde que tiene la madurez necesaria para entenderlos. En el tema del consentimiento en los menores de edad, la bioética definió este concepto del menor maduro para evitar que los adolescentes tuvieran que pedir consentimiento para todo a sus padres.

La madurez moral se define cuando se incorpora la normativa interpersonal y el sistema social, es decir, cuando se entiende cómo funciona la sociedad en la que estamos insertos. La mayoría de los adolescentes llegan a esta madurez moral entre los 13 y los 15 años.

Para ser competente se requiere que la persona posea ciertas características tales como comprender el problema, que tenga capacidad de razonamiento y que tenga valores.

La ética apunta a que la persona tenga un buen vivir, lo que depende de la relevancia de sus experiencias y de la manera de vivir sus valores.<sup>45</sup> Si esta persona piensa que eso forma parte de un buen vivir, podría ser un acto ético.

---

<sup>44</sup> Hunes, A. (2002). Ética, sexualidad y adolescencia. *Revista Biomédica Revisada Por Pares, Medwave* 2(8), e1291. doi: 10.5867/medwave.2002.08.1291.

<sup>45</sup> Leff, E. (2006). Ética por la Vida. *Polis*. (13). Recuperado de: <http://journals.openedition.org/polis/5354>



La moral, en cambio, es una construcción social desde la cual se deciden los juicios aprobadores y sancionadores; por lo tanto, la determinación de si la conducta de esta adolescente merece aprobación o sanción depende de la construcción social en que ella se ubica. Esta moral acepta la sexualidad para la reproducción y es tan respetuosa de lo natural que define conceptos como el estupro, el adulterio, el raptó de una virgen y el incesto como episodios que ocurren en la vida natural de la especie y de los animales, y por lo tanto no los condena de manera total, sino que los encuentra, en cierto modo, naturales.

La ética moderna, en cambio, al referirse a la sexualidad, afirma que no hay actos sexuales naturalmente buenos o malos, sino que todos pueden ser buenos si se rigen por el respeto al ser humano, su dignidad y libertad.

La ética moderna se basa en los cuatro principios fundamentales de la bioética relacionados entre sí.

Desde esta perspectiva entendemos por autonomía al derecho de tomar decisiones que tiene toda persona. En una sociedad moderna, la libertad de conciencia es un derecho, de modo que los jóvenes pueden decidir el tipo de vida sexual que quieren tener. El modelo de la autonomía, en lo que respecta a la sexualidad, separa claramente el ámbito de la gestión privada y de la pública, y establece que la sexualidad es un problema privado, no público, y que queda a discreción de la gestión privada de las personas, mientras que la beneficencia rige esencialmente lo que es la gestión privada, de acuerdo a los valores, proyectos de vida y circunstancias que cada persona encuentre buenas para sí misma. La beneficencia consiste en hacer las cosas buenas. Desde el punto de vista médico, significa que el profesional debe hacer lo que es bueno para sus pacientes y evitar dañarlos destruyendo su sistema de valores o yendo contra ellos. El concepto de no maleficencia pública rige la gestión pública y establece que la beneficencia está limitada por la no maleficencia pública, es decir, el bienestar está limitado por el cuidado de no causar malestar a los demás. La decisión, por ejemplo, sobre la actividad sexual debe darse entre dos personas competentes adultas, o por lo menos competentes, que tengan capacidad para tomar la decisión. Una persona que guste mucho de cierto tipo de sexualidad no puede abusar de una persona incompetente que no tenga libertad y competencia para tomar esa decisión. En tanto que la Justicia es el aspecto social comunitario, que se debe considerar en

toda acción de salud. Por ejemplo, se da cuando los jóvenes plantean que desean evitar el embarazo en la adolescencia, porque eso les permitirá llegar a ser mejores personas para su sociedad, pues les va a ser más fácil lograr sus metas y llegar a ser personas productivas. Cuando ellos se dan cuenta de que, al ser padres demasiado jóvenes, su hijo va a tener menos probabilidades de llevar una vida buena y eso le va a restar opciones, están aplicando el concepto de justicia ética. La responsabilidad moral en medicina<sup>46</sup>, debe entenderse en términos de principios morales *prima facie* y de las virtudes y los deberes que generan dichos principios. Estos modelos comparten un origen común, ya que ambos persiguen el objetivo moral de procurar los mejores intereses del paciente.

El primer modelo entiende los mejores intereses del paciente exclusivamente desde el punto de vista de la medicina. Las finalidades de la medicina, y los deberes y virtudes de los médicos, se expresan en términos tanto de los bienes que deben buscarse en beneficio de los pacientes como de los males que deben evitarse. Como el principio de beneficencia expresa la significación moral de buscar, para otras personas, el mayor saldo del bien sobre el mal, llamamos a esto el *modelo de beneficencia* de responsabilidad moral en medicina.

El segundo modelo interpreta los mejores intereses del paciente exclusivamente desde el punto de vista del paciente, tal como él o ella los entienda (la fuente de derechos y deberes apropiada para este segundo modelo es el respeto del médico hacia los valores y las creencias del paciente). Como el principio de autonomía expresa la significación moral de respetar los valores y las creencias de otras personas, llamamos a este el *modelo de autonomía* de responsabilidad moral en medicina.

Los principios de beneficencia y autonomía, completamente distintos, dan lugar a modelos que, a primera vista, podría parecer que están en un enfrentamiento desesperado, obligando al médico a elegir uno rechazando al otro. Al desarrollar estos modelos estamos dando forma a lo que se encuentra en la práctica médica (y en la historia de la ética médica) sólo de forma incipiente y no sistemática. Simultáneamente estamos haciendo una herramienta útil para la práctica clínica.

---

<sup>46</sup> Beauchamp, T.L. & McCullough, L.B. (1987). *Georgetown University. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona, España: Labor, S.A.

Un modelo meramente abstracto y teórico apenas nos serviría para nuestros objetivos prácticos.

Cada modelo engloba cuatro elementos interrelacionados:<sup>47</sup>

1. El fin moral general de la medicina: procurar los mejores intereses del paciente.
2. Un principio que estipule la significación moral de puntos de vista distintos sobre los mejores intereses del paciente.
3. Obligaciones (o deberes) que derivan de este principio, y
4. Virtudes que derivan de este principio.

**El modelo de beneficencia.** Está claro que el principio de beneficencia no está limitado en su aplicación, dentro de la ética médica, a la relación médico-paciente. Como hay terceras partes en dicha relación que podrían verse perjudicadas si el médico siempre actuase con el fin exclusivo de beneficiar a su paciente, puede haber obligaciones de beneficencia a terceras partes.

La pregunta fundamental sobre la beneficencia en el contexto de la relación médico-paciente es: ¿qué quiere decir, para el médico, buscar el mayor predominio del bien sobre el mal en la asistencia a los pacientes? El modelo de beneficencia responde a esta pregunta desde lo que piensa la medicina que son los mejores intereses del paciente. Este punto de vista aporta al principio de beneficencia significados específicos, de orientación clínica, que definen los bienes y los males que hay que sopesar. Como esta perspectiva no puede comprenderse adecuadamente si se la separa de sus raíces históricas, consideramos los escritos y las prácticas históricas como una fuente imprescindible para conocer los elementos del modelo de beneficencia.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Para más información sobre otros modelos pertinentes en la literatura sobre ética médica, v. Arras, J. & Hunt, R. (eds.): *Ethical Issues in Modern Medicine*, 2.<sup>a</sup> ed., Palo Alto, Calif., Mayfield Publishing Co., (1983), primera parte, sección primera, que incluye el influyente ensayo de Veatch, R. M. «Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age», *Hastings Centre Report*, 2 (1975), 5-7; President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research: *Making Health Care Decisions*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, (1982), 36-39; Pence, G.: *Ethical Options in Medicine*, Oradell, N. J., Medical Economics Company, Book Division, (1980), 185-221, y Jonsen, A. R. Siegler, M. y Winslade, W. *Clinical Ethics*, Nueva York, Macmillan Publishing Company, 1982, 11-50.

<sup>48</sup> Para muchas cuestiones importantes, v. Allen BUCHANAN: «Philosophical Foundations of Beneficence», en *Beneficence and Health Care* (ed. Earl Shelp), 33-62. Como la beneficencia potencialmente demanda una excesiva generosidad en la vida moral, algunos filósofos han mantenido que el actuar beneficiamente es un *ideal*, no un *deber*. Ellos consideran los actos benéficos como algo que se aproxima a los actos de caridad, los

La primera expresión del modelo de beneficencia de responsabilidad moral en medicina se encuentra en los influyentes escritos hipocráticos,<sup>49</sup> cuyos rasgos distintivos son influyentes incluso en el momento actual.<sup>50</sup> El juramento hipocrático<sup>51</sup> describe a los practicantes de la medicina como un grupo de hombres comprometidos (las mujeres estaban excluidas del ejercicio de la medicina en la sociedad griega), separados de los demás miembros de la sociedad y superiores a ellos.

Al hacer el juramento, uno se compromete a considerar como base de su práctica médica un determinado fin u objetivo moral.

El fin moral de la medicina aparece en un párrafo central del juramento: «Utilizaré el régimen dietético para bien de los enfermos, de acuerdo con mi capacidad y juicio; alejaré de ellos el mal y la injusticia».<sup>52</sup> Esta afirmación reconoce los especiales conocimientos del médico, y su compromiso con los principios que requieren la utilización de dichos conocimientos con el fin de beneficiar a los pacientes. Éste, de acuerdo con el juramento, es el fin moral adecuado de la medicina, y el comprometerse con dicho fin hace de uno un médico.

Los papeles y conceptos básicos que dan cuerpo al principio de beneficencia en medicina son los siguientes: el beneficio positivo que el médico se ve obligado a buscar es la curación de la enfermedad o de la lesión, si existen esperanzas razonables de curación; los daños que deben ser evitados, prevenidos o alejados son el dolor y el sufrimiento de las lesiones y las enfermedades. Además, también

---

actos de conciencia o los actos que proceden de ideales personales de conducta más allá de la llamada del deber. Nosotros mantendremos, sin embargo, que la beneficencia es, dentro de ciertos límites, un deber. Las responsabilidades que derivan del papel del médico indican claramente que aquél está moralmente obligado, al menos en algunas ocasiones, a asistir a los pacientes y a abstenerse de hacerles daño. Más adelante daremos contenido específico a este principio abstracto (comenzando con el contenido que tradicionalmente ha recibido en la historia de la medicina).

<sup>49</sup> Hippocrates (trad. W. H. S. Jones), Cambridge: Harvard University Press, The Loeb Classical Library. (1923). (Cf. *Tratados hipocráticos* [ed. Carlos García Gual], (1983) Madrid, España: Gredos, Biblioteca Clásica Gredos.

<sup>50</sup> Para un análisis de estos rasgos, v. Edelstein, L. (1967). *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein* (ed. Owsei Temkin y C. Lilian Temkin) Baltimore: The John Hopkins University Press.

<sup>51</sup> Juramento de Hipócrates (1943) En L. Edelstein: *El juramento hipocrático: texto, traducción e interpretación*. Boletín de historia de la medicina, primer suplemento, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

<sup>52</sup> Kvitko, L.A. (2010). La Relación Médico Paciente Hipocrática. *Medicina Legal de Costa Rica*, 27(1), 07-14. Recuperado de: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152010000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000100002&lng=en&tlng=es).

se le prohíbe al médico *hacer* daño. Esta consideración debe ser asimismo incluida en el modelo de beneficencia, pues las mismas intervenciones médicas pueden producir daños y dolores innecesarios a los pacientes. Cuando el paciente no pueda obtener más beneficio con nuevas intervenciones, el daño y sufrimiento producidos son innecesarios y deben ser evitados. Así, en su primera formulación en la ética médica occidental, el modelo de beneficencia de responsabilidad moral adapta el principio de beneficencia a la asistencia a los pacientes, proporcionando una explicación médicamente orientada de cómo sopesar los bienes con los males con predominio de aquellos.

En la era moderna las influencias religiosas sobre la ética médica empezaron a ser sustituidas por influencias laicas, y entre ellas la filosofía.

Gregory<sup>53</sup> comienza su tratado de ética médica con una definición de *medicina* que incorpora una clara expresión de su objetivo moral: «El arte de conservar la salud, de prolongar la vida y de curar las enfermedades». Esto se fundamenta en los mejores intereses del paciente, tal y como la medicina los entiende.

La ética médica de Gregory nos aporta todos los elementos del modelo de beneficencia. Primero define el fin u objetivo moral de la medicina y la forma en que el principio de beneficencia se adapta a la práctica clínica por medio de la simpatía. Esboza las obligaciones generadas por este principio, como la confidencialidad y la veracidad con el enfermo terminal. Por último, insiste en la importancia de las virtudes imprescindibles para el cumplimiento rutinario y humano de las obligaciones del médico. Las obligaciones y las virtudes de beneficencia forman parte de la esencia misma de la relación entre pacientes y médicos. En la historia de la medicina el médico ha desempeñado principalmente funciones de asistencia y consuelo, siendo la beneficencia la base moral de estas funciones. Cuando explotó la ciencia médica en el siglo XX, la medicina se convirtió en una materia más técnica y científica. Podría mantenerse que este cambio ha transformado el papel del médico, despojándolo de su núcleo moral y haciendo de ella una materia completamente técnica. Sin embargo, esta hipótesis es engañosa. La intervención humanitaria sigue siendo, como siempre, la base moral del papel del médico, papel que la ciencia y la tecnología médicas han potenciado. Estas destacables nuevas

---

<sup>53</sup> Gregory, J. (1772). Conferencia sobre los deberes y calificaciones de un médico. Londres, Inglaterra: W. Strahan; y T. Cadell, en *The Strand*.

capacidades crearon algunos problemas morales en medicina, especialmente relativos a la autoridad del médico, pero no destruyeron la tradición benéfica de la medicina.

Aunque las fuentes históricas y los ejemplos contemporáneos son imprescindibles para comprender el modelo de beneficencia, deben suplementarse con el análisis crítico y constructivo que aporta el razonamiento filosófico. Este modelo se basa en una idea de bienes y males que subyace a las aplicaciones del principio de beneficencia del modelo, y nuestra construcción del mismo debe comenzar con estos bienes y males tal y como la medicina los entiende.

Los bienes y los males aceptados por el modelo de beneficencia rara vez son denominados *valores* en la medicina moderna; quizá ello se deba a lo íntimamente unidas que se encuentran dichas suposiciones al aprendizaje de la medicina y la práctica médica. Sin embargo, los médicos cada vez se dan más cuenta de cómo estos valores básicos, y muchos juicios de ellos derivados, determinan la toma de decisiones clínicas.

En las aplicaciones del principio de beneficencia, los bienes de la intervención médica deben ser constantemente sopesados con los riesgos de males que presentan la enfermedad y las minusvalías, así como las mismas intervenciones médicas. La beneficencia conlleva la obligación de sopesar los bienes con los males, los beneficios con los beneficios alternativos y los males con los males alternativos.

Esquemáticamente estos elementos del modelo de beneficencia son:

1. El fin moral de la medicina: El fin de la medicina es fomentar los mejores intereses del paciente, tal y como se entienden desde el punto de vista de la medicina.
2. Principio moral básico: El principio de beneficencia es el único principio fundamental. Dispone que el médico busque los bienes de los pacientes, tal y como la medicina entiende dichos bienes, y evite los males, tal y como la medicina entiende dichos males.
3. Obligaciones morales derivadas: Las obligaciones del médico relacionadas con su papel derivan del principio de beneficencia: comunicación sincera, confidencialidad, fidelidad.

4. Virtudes morales derivadas: Las virtudes del médico relacionadas con su papel también derivan del principio de beneficencia: sinceridad, confianza, fidelidad.

En este modelo de beneficencia, la esencia del paternalismo, es por tanto, dejar de un lado el principio del respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia. Como podemos ver el paternalismo se corresponde con el modelo de beneficencia y es contradictorio con el modelo de autonomía.<sup>54</sup>

**El modelo de autonomía** considera los *valores y creencias del paciente* como la principal consideración moral en la determinación de las responsabilidades morales del médico en la asistencia a los pacientes: si los valores del paciente se enfrentan directamente con los de la medicina, la responsabilidad fundamental de los médicos estriba en respetar y facilitar una autodeterminación del paciente en la toma de decisiones sobre su destino médico. Las obligaciones y virtudes del médico brotan, por tanto, del principio de respeto a la autonomía. A este modelo no le falta apoyo en la historia de la ética médica, pero sus fundamentos principales se encuentran en las historias del derecho y la filosofía. El modelo de la autonomía, en lo que respecta a la sexualidad, separa claramente el ámbito de la gestión privada de la pública y establece que la sexualidad es un problema privado, no público, y que queda a discreción de la gestión privada de las personas.<sup>55</sup>

Un rasgo fundamental del principio de respeto a la autonomía ha sido gestado en medios jurídicos, donde la «autodeterminación» tiene una historia venerable y es considerada sinónima de aquello a lo que nosotros estamos llamando *autonomía* (es decir, la capacidad de comprender la situación propia y de perseguir objetivos personales sin estar dominado por coacciones).

También aparecen conflictos entre lo que entiende la medicina por los mejores intereses de un paciente y lo que entiende el paciente por dichos intereses. La ley dicta que el médico que realice una técnica invasiva sin permiso del paciente puede ser condenado por agresión, aunque sólo suele ser acusado de negligencia. El

---

<sup>54</sup> Mazuelos Pérez, J. (1998). *Posibilidad y significado de una bioética mediterránea. Comparación de los modelos bioéticos de H. T. Engelhardt y D. Gracia* (Tesis doctoral). Pontificia Universitas Lateranensis Academia Alphonsiana Institutum Superius Theologiae Moralis, Roma, Italia.

<sup>55</sup> Libros virtuales IntraMed. *Modelos de relación médico – paciente*. Recuperado de <http://www.intramed.net>sitios>librovirtual6>pdf>

razonamiento subyacente a esta teoría (que considera que es una agresión el no obtener el beneplácito del paciente) ha sido muy ligado, por el derecho, a la autonomía. «Todo ser humano con edad adulta y mente clara tiene el derecho a decidir qué se hará con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete un atropello»<sup>56</sup>: Este derecho es el derecho a la autonomía.

La idea general de la autonomía se encuentra vinculada en la literatura filosófica a varios conceptos conexos, como los de la libertad de elegir, la creación de una posición moral personal y el asumir la responsabilidad de los propios actos. La persona autónoma está libre de controles externos y además controla sus asuntos. Se es autónomo en este sentido sólo si se es capaz de actuar libremente y deliberar controladamente.

La decisión de una determinada persona es autónoma si procede de los valores y creencias propios de dicha persona, se basa en una información y comprensión adecuadas y no viene impuesta por coacciones internas o externas. La autonomía de una persona se ve reducida si algunas de estas condiciones no se cumplen o sólo lo hacen en parte.

Por eso el respeto a la autonomía implica la no interferencia en los derechos, deberes y valores de la persona, y también la no interferencia (y la aceptación) de las opciones que los manifiesten.

Siguiendo los caminos marcados por Locke y Kant,<sup>57 58</sup> la filosofía moral posterior a ellos ha mantenido por lo general la siguiente interpretación del principio de respeto a la autonomía: los actos y decisiones autónomos no deben estar coaccionados por los demás.

La aplicación más persistente del modelo de autonomía en medicina se ha hecho en las normas que regulan el consentimiento informado.

Aunque las fuentes históricas y los ejemplos contemporáneos son cruciales para nuestro intento de comprender el modelo de autonomía, precisan un modelado

---

<sup>56</sup> Schloendorff v. Society of New York Hospital. (1914). 104 N.E. 92, 211 N.Y. 125. V (5), pp. 63-64.

<sup>57</sup> Beauchamp, T.L. & McCullough, L. B. (1987). Dos modelos de responsabilidad moral en medicina. En *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. (Ed.). Barcelona, España: Editorial Labor S.A.

<sup>58</sup> Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2011). Principios de Ética Biomédica. *Bioética y Debate*, 17 (64), 1 - 7.



filosófico crítico y constructivo. Como el modelo de beneficencia, el modelo de autonomía se origina en el imperativo moral de procurar los mejores intereses del paciente. El rasgo distintivo del modelo de autonomía es su insistencia en que es fundamental el punto de vista (y la opinión) de cada paciente concreto sobre sus mejores intereses.

El modelo de autonomía insiste en el respeto a las decisiones del paciente en cuestiones de asistencia. Desde este punto de vista, las obligaciones del médico no deben interferir con las decisiones autónomas del paciente, aparte de ayudar a su ejecución en la medida en que lo permitan los conocimientos y la capacidad profesional.

Los elementos del modelo de autonomía pueden representarse esquemáticamente así:

1. El fin moral de la medicina: El fin de la medicina es promover los mejores intereses del paciente, tal y como vienen determinados por las decisiones autónomas de cada uno de ellos.
2. Principio moral básico: El principio de respeto a la autonomía es el único principio fundamental. Dispone que el médico respete las decisiones y acciones autónomas del paciente concernientes a la asistencia médica.
3. Obligaciones morales derivadas: Las obligaciones del médico relacionadas con su papel derivan del principio de respeto a la autonomía: revelación de la información médica, confidencialidad, fidelidad.
4. Virtudes morales derivadas: Las virtudes del médico relacionadas con su papel derivan del principio de respeto a la autonomía: veracidad, ecuanimidad, fidelidad.

La medicina tal y como se conoce en Occidente ha heredado una historia compleja, y hoy los médicos deben determinar su responsabilidad hacia los pacientes en términos de ambos modelos. Esta es una exigencia básica de la ética médica, pues el adoptar exclusivamente un modelo tendrá como consecuencia el sacrificio de valores significativos (los dos modelos en conflicto). Todos los principios morales parecen nobles e inviolables cuando se los formula sin conflictos con otros principios. Pero cuando debe determinarse su aplicabilidad en circunstancias conflictivas, aparecen problemas controvertidos en la ética médica. Una de las tareas principales de la ética médica es, por tanto, fijar los límites de cada uno de

los dos modelos a la luz de las demandas del otro. Como ambos puntos de vista merecen consideración, la toma de decisiones clínicas requiere discreción.

### **2.3 La confidencialidad y el secreto profesional en las prácticas médicas referidas a las/os niñas/os y Adolescentes**

La confidencialidad es un derecho humano de los adolescentes sin discusión alguna, y debe respetarse siempre. Las reglas que protegen la orientación que el profesional acuerda con su paciente garantizan la confidencialidad. Por supuesto que en situaciones excepcionales ésta se puede suspender, como en casos de riesgo de vida, embarazo complicado o intención suicida.

Cada institución debe elaborar políticas que aseguren la confidencialidad y que sean conocidas por los pacientes, los padres, el personal de salud y la comunidad. Las políticas de confidencialidad deben ser públicas para que realmente se respeten.

Es importante establecer un pacto de confidencialidad y aclararle al adolescente, cada vez que se atiende, que lo que se le va a preguntar va a quedar entre él o ella y el médico, recordarle una y otra vez que lo que se diga en la consulta pertenece al secreto médico, para así favorecer una relación de confianza y educación.

### **2.4 La autonomía progresiva en la niñez y la adolescencia. Debates en el Código Civil y en Convención de los derechos de los/as niñas/os.**

#### **Dilemas éticos y bioéticos en la atención de la salud del adolescente**

En la atención de la salud del adolescente se verifica una serie de dilemas éticos y bioéticos<sup>59</sup>, situaciones conflictivas en que las normas establecidas se revelan insuficientes para responder claramente a las cuestiones éticas que surgen en las interrelaciones de los jóvenes de esa franja etaria de la sociedad. Los códigos y leyes también no se muestran suficientes para que los profesionales de la salud puedan resolver esas cuestiones. Siendo así, la bioética aparece como instrumento útil para ayudar a ecuacionarlas.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Acioli de Almeida, R., Lins, L. & Lins Rocha., M. (2015). Dilemas éticos y bioéticos en la atención de la salud del adolescente. *Revista de bioética*. 23 (2): 325-36.

<sup>60</sup> Taquette, R.S. & Vilhena, M.M. (2005). Aspectos éticos y legales de la atención de la salud de los adolescentes. *Adolesc Health*, 2 (2), 10-14. Recuperado el 7 de diciembre de 2017 de: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?Id=169](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?Id=169)

El Art. 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, sigue los lineamientos de la Ley 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes y dispone: Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad, la cual puede ejercer sus derechos a través de representantes legales y en el caso de menores con autonomía progresiva adolescentes de 13 a 16 años, pueden ejercer por si los actos que son permitidos por el ordenamiento jurídico, en casos que necesite tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores. A partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones del cuidado de su cuerpo. El Art. 26 se refiere al cuidado del propio cuerpo y debe complementarse con el Art. 59 vinculado al Consentimiento Informado, Por ejemplo: Operación quirúrgica (tratamiento oncológico, operación riesgosa, etc.)<sup>61 62</sup>

La autonomía es uno de los pilares de la bioética y, en el ámbito de la atención de la salud, es importante respecto al poder de decisión del paciente acerca de las cuestiones relacionadas a su propia salud. Con todo, en determinadas condiciones, esa autonomía puede ser limitada, cabiéndole al médico, y a los demás profesionales de la salud, el cuidado y la protección de daños. Cuando el riesgo de muerte es inminente, esa protección puede resultar en acciones paternalistas; en ese caso, el principio de beneficencia antecede al de la autonomía,<sup>63</sup> el profesional debe respetar la decisión del paciente desde que esa decisión sea científicamente correcta y adecuada al caso, debido a que el médico no puede poner en riesgo la salud del paciente. El secreto siempre fue considerado característica moral obligatoria del médico, un derecho y un deber, o sea, derecho del paciente que genera deber en el médico, pero no obligación. De esa forma, su ruptura se justifica

---

<sup>61</sup> Benavente, M.I. (2017). Las personas menores de edad, capacidad progresiva y cuidado del cuerpo y la salud en el CCyCN. *Ministerio de Salud (DELS)*, 1 – 3. Recuperado el 22 de octubre de 2020: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/las-personas-menores-de-edad-capacidad-progresiva-y-cuidado-del-cuerpo-y-la-salud-en-el>

<sup>62</sup> Kemelmajer de Carlucci, A., Herrera, M., Lamm, E. & Fernández, S.E. El principio de autonomía progresiva en el Código Civil y Comercial. Algunas reglas para su aplicación. Sistema Argentino de Información Jurídica. Infojus. Recuperado el 22 de octubre de 2020: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/carlucci%20et%20al.%20autonomia%20adolescentes.pdf>

<sup>63</sup> Pazinatto, M.M. (2019). La relación médico-paciente en la perspectiva de la Recomendación CFM 1/2016. *Revista Bioética*, 27(2), 234-243.

en caso de daños al paciente o de posibles daños a otros no conocidos por el médico, o sea, la sociedad. Mientras tanto, la pérdida del secreto puede resultar no sólo en obligaciones legales, de oficio, sino también en el quiebre de la relación médico-paciente. El abuso sexual, la violencia, la explotación del trabajo y la negligencia para con esos jóvenes son configurados como malos tratos. Cualquiera de esas situaciones deben ser denunciadas por el médico, si las percibe durante la consulta o el examen.

Además de la autonomía, otros cánones de la bioética principialista son la beneficencia y la no maleficencia.

La beneficencia versa sobre la protección y la defensa de los derechos de los otros, la búsqueda de evitar que otros sufran daños, de eliminar las condiciones que causaron daños a otros, de ayudar a las personas ineptas, de socorrer a las personas en situaciones de riesgo; o sea, se trata de ampliar los recursos de la medicina para curar, aliviar los sufrimientos, mejorar el bienestar. La no maleficencia requiere que no se practiquen intencionalmente acciones o actos lesivos, que causen daño al paciente<sup>64</sup>

Frente a lo expuesto, queda explícita la importancia de discutir ese tema –los dilemas éticos y bioéticos- en el contexto de la atención del paciente adolescente, que es lo que se pretende en el estudio. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el aborto terapéutico o necesario ocurre cuando la práctica se torna esencial para salvar la vida de la gestante.

Ya el aborto humanitario ocurre en los casos en que la gestante fue víctima de estupro o de violencia sexual. Todavía existe una reciente posibilidad más de aborto. Se trata del aborto del feto anencefálico, para el cual no hay previsión legal específica.

Así, es necesario que la familia esté consciente de cuáles serán los procedimientos a los que el niño o el adolescente puede verse sometido para que se asegure la autonomía de la decisión familiar, suprimiendo la incapacidad civil del menor. En los casos de aborto humanitario en que hubiese divergencia entre la decisión del menor gestante y de su representante legal (gestante deseando abortar y

---

<sup>64</sup> Silva, H.B. (2010). Beneficencia y paternalismo médico. *Revista Brasileña de Salud Materno infantil*. 10 (2), 419 -425. Recuperado el 7 de diciembre de 2017 de: <http://dx.doi.org/10.1590/S151938292010000600021>

representante legal no permitiéndolo, o viceversa), es necesario que se dé prioridad a la vida del naciente. Tal situación es completamente discutible.

Los profesionales de la salud no deben actuar de manera paternalista, y tampoco juzgar a sus pacientes por la óptica de sus concepciones morales y religiosas.

El aumento del número de abortos fue atribuido a la mayor autonomía conquistada por las mujeres, después del avance de los movimientos feministas, quienes reivindican el aborto como un derecho fundamental para alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres.<sup>65</sup>

Los autores sugieren que la decisión por el aborto en la adolescencia debe ser del paciente y que el profesional médico debe promover la salud sexual, la prevención del embarazo indeseado y prestar asistencia inmediata a la mujer en situación de aborto.

Frente a los conflictos analizados en la atención de la salud del adolescente a partir de la perspectiva de la ética y de la bioética, queda explícito que el paciente adolescente busca en las consultas médicas el secreto y la confidencialidad de las informaciones por él dadas. En ese sentido, es recomendable que el profesional conduzca esa consulta en dos momentos, siendo uno de ellos solamente con el paciente y otro con la participación de su representante legal. Para el adolescente, la sexualidad y sus consecuencias son una forma de ejercer la autonomía. Siguiendo el pensamiento anterior, el embarazo en las mujeres adolescentes constituye un fenómeno de interés actual. Es un hecho sociodemográfico acompañado de consecuencias importantes como el cambio de estado civil.<sup>66</sup>

Se observó que las uniones en adolescentes son en su mayoría a largo plazo, con estabilidad conyugal. El mayor porcentaje de estas uniones formales se da en estratos altos, donde el matrimonio religioso es la primera opción de unión seguida de la unión libre, mientras que el madresolterismo predomina en estratos bajos. Igualmente, se recomienda que un embarazo adolescente no debe ser sinónimo de unión; las partes deben estar totalmente seguras, y tener la suficiente madurez

---

<sup>65</sup> Pont, E. (2020, 11 de marzo). El aborto: un paso adelante en la igualdad de género. *La Vanguardia*. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200309/474056556926/aborto-reivindicacion-igualdad-genero.html>

<sup>66</sup> Salazar-Arango A., Acosta-Murcia M. M., Lozano-Restrepo N., Quintero-Camacho M. C. (2008) Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven. Estudio piloto en Bogotá, Colombia. Realizado en la Universidad de La Sabana. *Rev. Pers. Bioét.* Vol. 12 (2), 169 - 182. ISSN 0123 – 3122.

mental y emocional para decidir con quién deben y, por supuesto, quieran unirse, pensando en que también está en juego el futuro de su hijo.

La fecundidad adolescente es un tema que interesa a gran parte de la sociedad a escala mundial. Muchos son los países que han adoptado políticas encaminadas a disminuir la incidencia de embarazos adolescentes ya que genera cambios importantes en la vida de la adolescente.

Uno de los principales cambios que trae ser madre a temprana edad es el cambio en el estado civil. Por tradición cultural la mujer embarazada tenía que entablar una relación matrimonial prematura, pues la sociedad veía a la mujer –a menudo– únicamente en su papel de producción de hijos, por tanto, su función era darlos a luz y criarlos dando por hecho una unión matrimonial con el padre biológico. Sin embargo, la situación actual presenta cambios importantes: la función social de la mujer ya no es únicamente tener hijos y criarlos, sino que ella ha cambiado su estilo de vida en el que prima su desarrollo personal antes que una unión sentimental. Por lo tanto, por más que la mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por sí sola, sin la necesidad indispensable de contraer matrimonio. La aceptación del madresolterismo por parte de la sociedad es cada vez mayor. En las condiciones actuales, el estado civil de las madres adolescentes parece depender de la concepción que tengan la mujer y la sociedad, y todo su entorno, sobre la función de la mujer.<sup>67</sup>

Entre el estrato socioeconómico y el estado civil de las mujeres adolescentes, hay una relación importante, ya que en las mujeres de estratos bajos la incidencia de soltería es mayor, a diferencia de las mujeres de estrato socioeconómico medio alto y alto, pues éstas tienden más a la unión. Consecuentemente no hay sustento de que el embarazo adolescente sea factor de inestabilidad conyugal que lleve a divorcios sino, por el contrario, hay estabilidad una vez que las mujeres deciden optar por la unión.<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Revista Salud Pública México*, 39 (2), 137- 143.

<sup>68</sup> Salazar-Arango A., Acosta-Murcia M. M., Lozano-Restrepo N., Quintero-Camacho M. C. (2008) Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven. Estudio piloto en Bogotá, Colombia. Realizado en la Universidad de La Sabana. *Rev. Pers. Bioét.* Vol. 12 (2), 169 - 182. ISSN 0123 – 3122.

Ante esto la propuesta de la justicia a la solidaridad hacia un nuevo paradigma<sup>69</sup> y para zanjar y partir de la pobreza existente tanto a nivel personal como estructural (donde hay muchas víctimas inocentes), agrego el principio de solidaridad que es prometedor y moviliza una reflexión sobre la vida, que la hace más completa e integral y aporta elementos de superación de lo que hoy es la postergación e indignidad de muchos seres humanos.

El objeto de la ética es hacer que las leyes positivas producto de la voluntad humana, expresen y reconduzcan las cosas a su orden y justicia natural.

Si hay algo que no se discute en la actualidad es que el acto médico no es un acto individual, el médico no está solo con el paciente. La situación de hoy es que hay una sociedad en donde se enmarca toda actividad y más si es médica. No hay solo una relación médico-paciente sino que se establece una relación triangular donde interviene la justicia.

Así, como afirma Diego Gracia,<sup>70</sup> mientras que los médicos aportan el principio de beneficencia y los pacientes el de autonomía, también debemos hablar de un tercero: el de justicia.

Por más solos que estén el médico y el paciente en la consulta, el acto que realizan nunca es del todo solitario; hay siempre con ellos un tercer sujeto, la sociedad. Además del enfermo, su familia y el personal sanitario, hay que hablar de “terceras partes”: el hospital, la seguridad social, el Estado. Son estas terceras partes las que aportan el principio de justicia, ya que con la sola autonomía y la sola beneficencia no se puede constituir un sistema moral coherente y completo. Sí se consigue cuando a los dos citados se añade el principio de justicia.

El tema de la justicia entra en bioética por la tecnificación de la medicina que al ser cada día más sofisticada y más cara, obliga que se convierta la práctica médica en un sistema de salud que a su vez dependa de la economía de la región.

La vida en un ambiente con elevada desocupación, sentimiento de frustración y humillación, desarticulación familiar, embarazos no deseados, hambre, insuficiente educación, escasa información, carencias materiales y de agua potable,

---

<sup>69</sup> Toledo, A. F. (2005). *De la justicia a la solidaridad: hacia un nuevo paradigma*. (Tesis de Maestría en Ética Biomédica). Universidad Católica, Buenos Aires, Argentina.

<sup>70</sup> Gracia, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid, España: Eudema.

hacinamiento, contaminación, inaccesibilidad a servicios de prevención y estimulación temprana, son determinantes en el desarrollo integral del ser humano. Los autores manifiestan que no surgieron como una teoría general de la ética, sino dentro de un determinado campo -el médico- con el objeto de proporcionar una estructura que sirviera de guía para establecer juicios morales basándose en criterios racionales y no meramente en una fe o en un sistema de normas.

Aunque es legado del informe Belmont<sup>71</sup>, el principialismo asume el principio de justicia, virtud poco tenida en cuenta en la vieja tradición de la ética médica. No desconocemos que en la antigüedad quizás la justicia no traía problemas y por eso era poco nombrada y sí estaba, tenía un tono personal, como virtud del profesional de salud; pero lo mismo, es un mérito de Beauchamp y Childress<sup>72</sup> que como elemento novedoso lo hayan asumido y de hecho, gracias a la enorme adhesión que tuvo esta teoría, el tema de la justicia es parte ya constitutiva de cualquier corriente en bioética. Esto es una conquista muy importante. Lo mismo podemos decir de los derechos del paciente, referido al principio de autonomía.

Siguiendo la terminología que puso en circulación David Ross,<sup>73</sup> los principios citados del principialismo suelen considerarse principios *prima facie*. Quiere decirse que autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia son; en efecto, principios diferentes, de tal modo que los dos primeros tienen que ver con el “bien individual” de una persona, en cambio la no maleficencia y la justicia mira por el “bien común”. El bien común o bien de todos es siempre superior al bien de los individuos concretos, razón por la cual estos principios, además de distintos, guardan entre sí una cierta “jerarquía”. En tanto que principios “*prima facie*”, la justicia es superior a los otros tres. De ahí que a la justicia se la haya denominado siempre la virtud general, o reina de las virtudes. Esto nos permite establecer un orden serial o lexicográfico entre los cuatro principios, y decir que en abstracto, *prima facie*, la

---

<sup>71</sup> El Informe Belmont fue realizado en abril de 1979 por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", es un importante documento histórico en el campo de la ética médica.

<sup>72</sup> Toledo, A. (2005). *De la justicia a la solidaridad. Hacia un nuevo paradigma* (Tesis de maestría en Ética Biomédica). Universidad Católica, Buenos Aires, Argentina.

<sup>73</sup> Maratta Lázaro, M.I. (2005). *Fundamentación de la Bioética a partir de principios. La Bioética y los cuatro principios fundamentales*. (Tesis de Maestría). Universidad de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades. Santiago de Chile.



máxima jerarquía le corresponde a la justicia y a la no maleficencia, después viene la autonomía y después la beneficencia.

La justicia que viene de la corriente utilitarista y liberal no alcanza para hacer justicia y eso mismo pasa en bioética que se habla de justicia pero que no termina de equilibrar ni producir esa igualdad esencial que la justicia genera. No decimos que no tiene que haber justicia sino que no alcanza y que si no se le agrega la solidaridad difícil que la justicia sea una realidad. Lo cierto es que la justicia no es una realidad. Y no podemos prescindir de ese ideal por lejano que aparezca -desde Platón, buscar la justicia es la tarea ineludible de toda la política y de la ética-, por eso debemos hacerlo con audacia, creatividad o para mejor decir, con solidaridad. Es ahí adonde se impone hablar de solidaridad como un principio, un valor y una virtud capaz de reparar en parte, y compensar tantas injusticias. Es ese valor y virtud que por vía del afecto, de la comprensión y del amor corrige tantos atropellos y ausencia de justicia.

La solidaridad siempre más cercana al individuo y a sus singularidades, puede llegar más fácilmente a donde la justicia no alcanza, por incompetencia humana o por las limitaciones de la misma justicia, la cual siempre tiene que ubicarse con cierto sesgo de impersonalidad y de carácter universal.

La solidaridad aparece como la gran categoría ética que apoyándose en el dinamismo igualitario de la justicia y en la fuerza transformadora de la caridad, proporciona a esas exigencias el ambiente cálido de la empatía y las orienta preferentemente hacia la causa de los que sufren “las diferencias” de una sociedad asimétrica como la actual.

El aspecto objetivo y el aspecto subjetivo de la persona están en referencia mutua e implicada en una ética personalista. El valor ético de un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también en su contenido objetivo y en las consecuencias que trae aparejadas. En el momento del juicio íntimo sobre lo realizado, prevalece la evaluación subjetiva; pero en el momento normativo y deontológico, prevalece el valor objetivo al que hay que adecuar cada vez más la actitud subjetiva.

En este punto subrayamos la implicancia de la solidaridad para la bioética cuando actúa como virtud y principio ético. Señalamos que la solidaridad y su cualidad

axiológica de valor humano tiene un soporte antropológico claro y fundante, y por tanto se involucra a los grandes temas de la bioética, señalamos algunos:

- La dignidad y la solidaridad

Hablar de la dignidad humana en relación con la solidaridad supone vincular este concepto a uno de los valores más fundamentales que definen y configuran a la persona.

- La libertad y la solidaridad

Uno de los grandes valores que el ser humano ha defendido con más vehemencia a través de su historia ha sido su libertad. Solo desde la libertad puede considerarse al individuo como sujeto moral capaz de decidirse por el bien y la verdad voluntariamente, es decir, por sí mismo. Constituye un valor irrenunciable e ineludible de la condición humana.

- La conciencia y la libertad

En la conciencia, el ser humano descubre la pregunta sobre su propia existencia y por eso es que intenta responder con las actitudes morales. En la conciencia se reconoce y se sitúa en una serie de valores, derechos y obligaciones que le reclaman una actitud y una conducta moral, constituyéndose en el lugar de hermenéutica de la demanda ética.

Cuando esta conciencia adopta una actitud desinteresada y gratuita y que busca en todo momento el bien del prójimo es tener una conciencia solidaria.

- La socialidad en el ser humano y la solidaridad

La persona es un ser social y éste es uno de los rasgos fundamentales de una correcta comprensión del hombre. Esta afirmación conduce a destacar un aspecto de suma importancia para la bioética: la existencia de una corresponsabilidad que compete y vincula a todos y cada uno de los seres humanos entre sí.

- El “mal” y la solidaridad.

Es una experiencia universal y que la doctrina cristiana a denominado pecado y que la solidaridad descubre y denuncia las formas perversas que pueden adquirir las relaciones interpersonales desde el pecado, porque este contradice y rechaza lo más genuino del ser humano y hace surgir al hombre insolidario que considera al prójimo un medio más para satisfacer sus propios fines. El mal es insolidario por definición y, en cuanto tal, se expresa a través de formas indignas y contrarias a cuanto conduce a humanizar a la persona, y crea sujetos esclavos de sus pasiones.

En definitiva, el principio bioético de la solidaridad, no puede entenderse sino es a partir de estas relaciones, que lo conforman de esta manera tan profundamente humana, en las que se subraya su capacidad para incidir allí donde de forma arbitraria se conculcan derechos y se rechazan deberes facilitándose la creación de núcleos de exclusión y desigualdad entre las personas. Las acciones realizadas bajo la tutela del principio de la solidaridad dignifican la acción del hombre desde la defensa y fomento de las libertades propias y ajenas, impulsando, al mismo tiempo, el desarrollo de comportamientos que se sitúan en la vanguardia de la promoción de los derechos humanos, al reconocer la íntima unión que existe entre todos y cada uno de los que formamos parte de la humanidad.

## CAPITULO III

### 3.1 Bioética y las dimensiones de la sexualidad humana.

El término bioética fue creado por el oncólogo norteamericano Von Ransselaer Potter (1970) a partir del interés reciente de la reflexología y el debate acerca de los valores morales vinculados al ejercicio profesional de las ciencias de la salud generadas a consecuencia del desarrollo científico técnico que caracterizó el siglo XX.

La bioética propone el estudio ético de los problemas relativos a la vida y al ecosistema propios de la época postmoderna, consecuencia de la revolución tecnológica mal aplicado, el ultradesarrollo, la desigualdad y la globalización (es decir su objeto se vincula más al concepto actual de salud, con su enfoque socio psico biológico) y su campo de acción está dirigido a influir sobre la conciencia moral y la moralidad, de forma orientadora, educadora y normativa.

En este apartado se explican algunas de las dimensiones de la sexualidad humana<sup>74</sup> biológica, afectiva, cognitiva, sociocultural, política y ética, estas dimensiones son las que mejor pueden servir a la verdadera orientación del comportamiento sexual humano.

**La dimensión biológica** reúne dos aspectos diferenciales: la procreación y la genitalidad. En la segunda es donde asienta fundamentalmente el hedonismo contemporáneo. Sin embargo, el natural encaminamiento de la sexualidad a la procreación es el que da mejor razón de ella, de su estructura anatomofuncional, al tiempo que en la procreación es donde aquella encuentra y recibe su sentido último. En la actualidad, el aspecto generativo de la dimensión biológica es la que aparece especialmente perturbado, por vía de una cierta marginación disociativa. Es frecuente que en el uso de la capacidad sexual se reprima y frustre la dimensión procreadora, mientras que no se escatime ningún medio, por artificial que sea, para agigantar a veces hasta la monstruosidad la dimensión genital, de manera que se satisfaga el placer, el hedonismo ególatra.

---

<sup>74</sup> Polaino Lorete, A. (2009). La bioética y la orientación del comportamiento sexual humano. *Revista Persona y Bioética*. (4), 65 – 81.

**La dimensión afectiva** comprende la posibilidad de exclusión o marginación del compromiso afectivo en esas relaciones interpersonales, la relación sexual humana queda abismada y vacía de su natural efectividad, perturbándose y descendiendo a un nivel que está muy por debajo de lo que caracteriza a las relaciones entre los animales.

Afectividad y sexualidad son dimensiones que se dan unidas en la persona y así debieran permanecer sin disociaciones desnaturalizadoras.

**La dimensión cognitiva** sostiene que el conocimiento es lo que más compromete a la persona humana. Aunque uno pueda manipular la verdad, no por eso dejara de encontrarse con la verdad de que es un manipulador.

La inteligencia tiene una tendencia natural a comprometerse con la verdad. Esta es la razón por la que los jóvenes quieren ser sinceros, auténticos, verdaderos. Esto les viene de la razón. De todo lo que puede comprometer a la persona, es el conocimiento interpersonal lo que más le obliga.

**La dimensión sociocultural** pone énfasis en la relación de la naturaleza con cultura. Ambas no están tan enfrentadas, como algunos autores han sostenido a lo largo de algunos siglos. Es un hecho que la persona, por naturaleza, está abierta a la cultura y también, claro está, una de las funciones de esa naturaleza, como es la sexualidad.

Esto quiere decir que la conducta sexual no es ajena a los factores socioculturales, si no que estos modulan, modelan y acaban por configurar un determinado estilo de comportamiento más o menos puesto en razón, en función de cuales sean la dirección y presiones socioculturales.

**La dimensión política** se entrelaza con muchas de las anteriores cuestiones, que tienen también su correspondiente representación en la dimensión política de la sexualidad, por lo que merecen una especial consideración. Este es el caso, por ejemplo, de la decisión tomada por los Ministerios de Salud y Desarrollo Social de algunos países, de lanzar una campaña dirigida a los adolescentes y jóvenes, promoviendo el uso generalizado de preservativos. Según se afirmaba, el objetivo era evitar enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA y los embarazos no deseados, que pudieran derivarse del creciente aumento de relaciones sexuales entre adolescentes y jóvenes.

**La dimensión ética** contempla que desde la moral católica es natural decir que “toda relación sexual fuera del matrimonio es pecado”. Y esto es porque el matrimonio implica: contrato, conocimiento, compromiso, estabilidad, vínculo, posibilidad de engendrar, sacramento, etc. A partir de este pensamiento muchas personas viven hoy la sexualidad de una forma decadente o frustrante.

La sexualidad natural está más de acuerdo con que las relaciones sexuales se den dentro del matrimonio y, además, con una apertura a la vida.

### **3.2 La salud sexual y reproductiva de los adolescentes**

El derecho a la salud sexual y reproductiva<sup>75</sup> integra el derecho a la salud en general y todas las personas deben tener la posibilidad de acceder en forma adecuada a la información, educación y servicios vinculados a sanos comportamientos sexuales y reproductivos. La población adolescente goza de estos derechos y la cuestión que nos preocupó radicó en establecer las reales posibilidades que tienen para obtener una efectiva satisfacción, en el ejercicio de tales facultades.

La hipótesis que se manejó fue, por un lado, que las acciones llevadas a cabo por los servicios de salud encargados de la implementación de los Programas, no eran suficientes para revertir esta coyuntura; y, por el otro, que el nivel de educación de los jóvenes puede tener estrecha relación con la tasa de embarazos adolescentes y que la reiteración de prematuras gestaciones implican un importante problema social y sanitario, además de las directas consecuencias personales y familiares.

Nuestro país reconoce a la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), raigambre constitucional a partir de la reforma del año 1994. Asegurando el adecuado desarrollo sanitario preventivo en materia de salud. A tales fines se establece el deber de asegurar la orientación a los padres y la educación y servicio en materia de planificación familiar, como asimismo la especial atención a las niñas y adolescentes embarazadas.

---

<sup>75</sup> Bertoldi de Fourcade, M.V., Stein, P., Raffaelli, A. E., Fornagueira A. I. (2012). La salud sexual y reproductiva de los adolescentes, ¿requiere un abordaje especial? *Revista de la Universidad Nacional de Córdoba, III* (2). Nueva Serie II, 45-65.

Lo dicho implica que, dentro de la salud, se da particular trascendencia a los derechos sexuales y reproductivos y se pone énfasis en el ámbito educativo para apoyar a los protagonistas en su desarrollo.

En el orden interno la legislación se hizo eco de estas exigencias a partir del dictado de la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 25.673 (año 2002) y, aun cuando se refiere a toda la población, contempla la situación de niños, niñas y adolescentes. En su art. 4, se expresa: *“La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23849)”*.

*En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de catorce (14) años. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. (Reglamentación Art. 4 Ley 25.673).*

*En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de catorce (14) años, con sus padres o un adulto responsable. (Decreto 1282/2003).*

La Ley 26061 (año 2006) de “Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes”, aunque no contiene prescripciones específicas sobre los derechos sexuales y reproductivos de niños y adolescentes, señala en su art. 14, con relación al Derecho a la Salud, que: *“... Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección,*

*diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”*. En consecuencia, estimamos que está en el espíritu de la norma asegurar a los jóvenes el derecho a gozar de una salud sexual y reproductiva plena, acorde a su edad.

La efectividad del marco normativo parece ser deficiente pues, pese al esfuerzo de los legisladores argentinos en promulgar normas tendientes a paliar la temprana aparición de embarazos no deseados en la población adolescente, estos continúan siendo frecuentes.

En efecto, en enero de 2012, se conocieron estadísticas, citadas como oficiales, que ponen de manifiesto que es un problema irresoluto en lo fáctico.

La articulación entre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la educación sexual integral es deficiente; cabe recordar que a pesar de los años transcurridos desde la promulgación de los Programas referidos y la Ley de Educación Sexual, el problema social continúa. Por lo tanto es justo deducir que, en los hechos, no se alcanzan los resultados esperados desde la normativa.

Hemos destacado que la temática tiene dos aristas: la sanitaria y la educacional. Además, según nuestra indagación, gran parte de los centros sanitarios públicos y privados carecen de áreas específicas de tratamiento de salud sexual y reproductiva con relación a menores de 15 años de edad.

### **3.3 La responsabilidad parental y el rol del Estado en la materia. Jurisprudencia**

Es innegable que la familia cumple una función esencial en el desarrollo de los adolescentes como individuos, y su tarea incluye la de satisfacer las necesidades cambiantes del sujeto en crecimiento, en el curso de su desarrollo físico, mental y emocional, y éste a su vez tiene derecho a preservar cierta autonomía en sus diversas etapas y aspectos de la vida.

La adolescencia es tiempo para elegir: quién ser, qué hacer, dónde, cómo y con quién hacerlo. Es el tiempo de probar límites a la vez de aprender valores y restricciones. Los adolescentes deben decidir qué modelos escoger, cómo comportarse y cómo ejercer sus derechos y asumir responsabilidades. La adolescencia es una etapa de la vida que requiere de atención, de información



objetiva y de opciones que puedan facilitar un desarrollo armónico y un camino firme hacia la vida adulta.<sup>76</sup>

No caben dudas que la misión educadora de los padres comprende a la “sexualidad”, por lo que es indiscutible que el primer agente de la educación sexual es la familia. Por su parte, el Estado está obligado a delinear los cursos de acción necesarios para el cumplimiento de esa misión, aportando los medios adecuados para garantizar el efectivo goce del derecho cuyo titular es el adolescente.

Los derechos sexuales y reproductivos llevan esencialmente incorporada la promoción, prevención y asistencia de la salud en todas las etapas del ciclo evolutivo humano. Proponen el acceso a la maternidad y paternidad responsable, el derecho del conocimiento, información, ejercicio y disfrute del propio cuerpo, a la posibilidad de protección eficaz frente a enfermedades de transmisión sexual. Los gobiernos tienen la obligación de garantizar la organización y articulación de servicios de educación e información, y recursos para que su titular pueda decidir libre y responsablemente; o para que los progenitores en el marco de la responsabilidad parental puedan acceder y a su vez transmitir a los hijos lo necesario para garantizar adecuadamente el pleno ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva.

### **3.4 Obstáculos para el acceso e implementación eficaz de los programas de Salud Sexual**

Los obstáculos para una implementación eficaz de los programas pueden ser varios. Uno de ellos, puede ser la aparente contradicción entre los derechos a la intimidad y al ejercicio de la sexualidad por parte de los hijos adolescentes, y los derechos-deberes y funciones que caben a los padres en la educación y puesta de límites en beneficio de su familia.

En muchas ocasiones los prejuicios, mitos, temores y concepciones infundadas del personal de salud actúan como barreras al acceso de las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos. Algunos profesionales desconocen el marco legal y otros no aplican las disposiciones por temor a un conflicto legal con los padres o adultos

---

<sup>76</sup> Correa, C., Faur, E., Ré, M. I. & Pagani, L. (2011). *Manual de Capacitación. Sexualidad y salud en la adolescencia: herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Buenos Aires, Argentina: Fondo Internacional de Emergencia para Niños de las Naciones Unidas.

responsables. Muchas veces se exige la compañía o autorización de adultos para recibir atención o entrega de métodos anticonceptivos y esto es más frecuente cuanto menor es la edad del adolescente (UNFPA, 2016).

Otros problemas que afectan la accesibilidad a los métodos pueden ser la discontinuidad en la disponibilidad de insumos, la localización y características de los servicios de salud, la gratuidad y/o una oferta de métodos que no necesariamente se condice con las preferencias de las adolescentes.<sup>77</sup>

Otro de los factores que dificultan la efectividad de las propuestas legislativas es determinar desde dónde se educa a los adolescentes. La impronta conceptual de la Ley 26150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ver Anexo I), luce superadora en cuanto a su postura de abordar el eje desde su integralidad y de manera transversal; el dilema se presenta a la hora de establecer los alcances de la educación en materia de sexualidad humana.

El tema del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los adolescentes debe abordarse con amplitud y abarcar factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Asimismo, la diversidad de ejecutores debería coadyuvar a superar concepciones tabúes, que analizaron lo sexual sólo desde los prejuicios (las morales particulares) o el temor pero sin ocultar las consecuencias indeseables del ejercicio irresponsable (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, marginalidad) para que la sexualidad se asuma con la alegría que da la comprensión de su trascendencia vital, con madurez y responsabilidad.

### **3.5 Derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes**

En la actualidad podemos decir con firmeza que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Para que esos derechos puedan ser ejercidos por niños, niñas y adolescentes existen dos condiciones fundamentales: la educación sexual impartida desde la institución escolar y los servicios de salud

---

<sup>77</sup> Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. (Mayo 2019). El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción. Documento técnico N° 5. *Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación*. Argentina.

sexual y reproductiva amigables para adolescentes provistos desde los efectores de salud.

Todas las personas del país independientemente de su clase social, sexo, identidad genérica, práctica sexual, etnia y edad gozan del derecho a:

- a. Obtener información y orientación completa, veraz y suficiente sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos expresados en términos sencillos y comprensibles para que puedan tomar decisiones y favorecer el auto-conocimiento.
- b. Disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, libre de discriminación, coacción o violencia.
- c. Ejercer su preferencia sexual, libremente y sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
- d. Elegir si tener o no tener hijos y con quien tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos.
- e. Acceder a una atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.
- f. Acceder a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y de calidad y elegir el que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- g. Obtener los métodos anticonceptivos en forma totalmente gratuita.
- h. La intimidad, igualdad y no discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- i. Recibir una educación sexual integral, conforme a derechos e información veraz, adecuada a los niveles de desarrollo de las personas.

Asimismo, existen leyes nacionales y provinciales vinculadas. Este grupo comprende la Ley Nacional N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, las leyes propias o de adhesión de casi todas las jurisdicciones nacionales en materia de salud sexual y reproductiva, el Protocolo Facultativo CEDAW (Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer)<sup>78</sup>, la Resolución de incorporación al Plan Médico

---

<sup>78</sup> El Protocolo Facultativo de la CEDAW ratificado por Argentina en 2007, permite a personas o asociaciones elevar al Comité CEDAW denuncias por violación de la Convención, cuando no encuentren en su país tutela judicial o administrativa rápida y efectiva, y al Comité abrir de oficio un procedimiento de investigación por violación grave o sistemática de la Convención.

Obligatorio de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia y la normativa que obliga a Obras Sociales y Prepagas a la provisión gratuita de métodos anticonceptivos. También resulta central destacar la ley nacional que específicamente establece las obligaciones del sistema educativo en lo referido a la educación sexual. Se trata de la Ley N° 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual, (Ver Anexo I). Es importante notar también que, hacia mediados del 2008, en el marco del Consejo Federal de Educación se aprobaron los lineamientos curriculares relativos a la educación sexual.

En un enfoque estrictamente pragmático, el beneplácito de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, se fundamenta en contar con herramientas supuestamente útiles para evitar los males que acompañan la sexualidad temprana de los adolescentes. La sexualidad temprana se asocia a mal uso de los métodos anticonceptivos, a múltiples parejas, al incremento de depresión y suicidio en un contexto de otras conductas de riesgo como abuso de drogas y alcohol. El usar un determinado método anticonceptivo no la convierte en segura, ni aun en cuanto a evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual.

Es tan hipócrita intentar contener la sexualidad temprana mediante el miedo o el riesgo como presumir resolver el problema mediante la promoción de la anticoncepción. Una primera contradicción surge al afirmar que la prevención del aborto surge de prevenir los embarazos no deseados. Cuando una cultura asume el embarazo como agresión, la aceptación y promoción del aborto es sólo cuestión de tiempo.

Una adolescente sexualmente activa, a quien el médico le proporcionó un método seguro para no quedar embarazada, no dudará en pensar en el aborto que termine con el problema cuando éste falle.<sup>79</sup> Por cierto, ese profesional, que no dudó en “ayudar” a la adolescente cuando consultó sin sus padres, tampoco dudará en enviarla a ellos para que se hagan cargo de su hija embarazada.

El continuo dilema de los países con políticas activas de anticoncepción en adolescentes es precisamente el permanente desplazamiento de las edades de iniciación sexual y el fracaso de los anticonceptivos por falta de cumplimiento de las recomendaciones.

---

<sup>79</sup> Schnitzler, E. (2001). Acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (I). *Archivo argentino de pediatría*, 99 (1), 91 - 92.

Por otra parte, la promoción del retraso en el inicio de las relaciones sexuales no implica imposiciones compulsivas, sino una propuesta para decidir sobre la sexualidad de una forma más reflexiva.<sup>80</sup>

El marco de una ley no es necesario para la libertad de informar o ser informado, es en realidad impuesto para implementar políticas activas de anticoncepción no limitadas al uso del preservativo.

Es conocido que muchas veces la actividad sexual de los adolescentes esconde otras necesidades no sexuales insatisfechas. El inicio temprano de la actividad sexual es habitualmente por presión de los pares, búsqueda de aceptación y ausencia de otros proyectos o ideales. Si analizamos el panorama de nuestro país, donde la juventud está sumida en la desesperanza de una cultura egoísta, con una clase dirigente en muchos casos corrupta, con una desoladora falta de modelos, no serán las leyes de “sexo seguro” las que ofrecerán un mejor futuro.

Tener jóvenes con ambición personal y social para el futuro es la mejor anticoncepción.

¿Por qué hacía falta la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable?<sup>81</sup>, porque la salud reproductiva forma parte de la salud integral de los adolescentes. La demanda a los Servicios de Adolescencia fue creciendo a medida que los adolescentes encontraron en ellos respuestas a sus necesidades. Los profesionales debimos por ello incrementar nuestra capacitación.

La existencia de la ley implica, pues, que un adolescente que se acerque a un servicio de salud tendrá más facilidad para acceder a una información confiable con menos oportunidades perdidas.

Por todo esto pensamos que la salud reproductiva y la procreación responsable no es sólo una responsabilidad del adolescente o de sus padres, sino también de la sociedad en general, incluyendo la escuela, los centros religiosos, los medios de comunicación, otros sectores de la comunidad y los servicios de atención integral para adolescentes.

---

<sup>80</sup> Genuis, S. J., Genuis, S. K. (1995). Adolescent sexual involvement time for primary prevention. *Revista Lancet Publishing Group*. 345, 240-241.

<sup>81</sup> Berner, E., Catsicaris, C., Hiebr, M. & Pasqualini D. (2001). Acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (II). *Archivo argentino de pediatría*, 99 (1), 93.

Ellos tienen derecho a acceder a los servicios de salud y demandar atención por sus necesidades, incluyendo aquellas referidas a la salud sexual y reproductiva. Es obligación de todos responder a esas demandas con una visión integral e integradora y sin discriminación sociocultural, religiosa, de género o de cualquier naturaleza.

## OBJETIVOS

### Objetivo General

- ✚ Describir los aspectos bioéticos del embarazo y maternidad adolescente. Maternidad Provincial 25 de Mayo. Año 2011 – 2016. San Fernando del Valle de Catamarca.

### Objetivos Específicos

- ✚ Caracterizar el perfil de la población adolescente embarazada que asistió a la Maternidad 25 de Mayo:
  - Determinar la población en estudio socio demográficamente, considerando: edad, estado civil, domicilio, y situación de escolaridad.
  - Caracterizar los antecedentes obstétricos según: número de gestas previas.
  - Conocer si el actual embarazo fue planeado según: si – no.
  - Identificar si realizó control prenatal según número de consultas: ninguna, 1, 2 a 4, 5 a 9, 10 o más.
  - Identificar forma de finalización del embarazo según: aborto, vaginal espontaneo o cesárea.
- ✚ Reconocer los protocolos que se relacionan con los aspectos bioéticos del embarazo adolescente y los alcances de su aplicación en la población que asistió a la maternidad 25 de Mayo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**a. Tipo de Investigación:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

**b. Población o muestra:**

**Universo:** Mujeres N= 18732 que fueron asistidas en la finalización de su embarazo en la Maternidad Provincial 25 de Mayo. Año 2011 – 2016.

**Muestra:** Adolescentes de 10 a 19 años n= 4158 que fueron asistidas en la finalización de su embarazo en la Maternidad Provincial 25 de Mayo. Año 2011 – 2016.

**c. Aspectos éticos:** Se solicitó autorización al Director de la Maternidad Provincial 25 de Mayo para el acceso al Sistema Informático Perinatal, garantizando la confidencialidad de la información recolectada.

**d. Procedimiento e Instrumental:**

- Planilla de recolección de datos diseñada para la presente investigación.

**e. Variables en estudio:**

**Edad:** Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el día de la finalización de su embarazo. Los indicadores serán: 10 a 19 años.

**Estado civil:** Se consignará la situación de pareja de la adolescente al momento de la finalización de su embarazo: Casada, en Unión estable (se entiende por "unión estable" la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal), Soltera, Otro (se incluye separada, divorciada o viuda), sin dato.

**Domicilio:** se considerara lugar de residencia al momento de la finalización de su embarazo: capital e interior.

**Situación de escolaridad:** se tendrá en cuenta el nivel de estudios máximos alcanzados al momento de la finalización de su embarazo como: Primario, Secundario, Universitario, Ninguno, Sin dato.

**Antecedentes obstétricos:** se consignara número de gestas previas: Ninguna, 1 a 3 gestas y 4 o más gestas.

**Embarazo planeado:** se considerara la respuesta a la pregunta en el 1° control prenatal ¿este embarazo fue planificado? y el registro realizado por el profesional en el carne de control prenatal, los indicadores serán: si, no, sin dato.

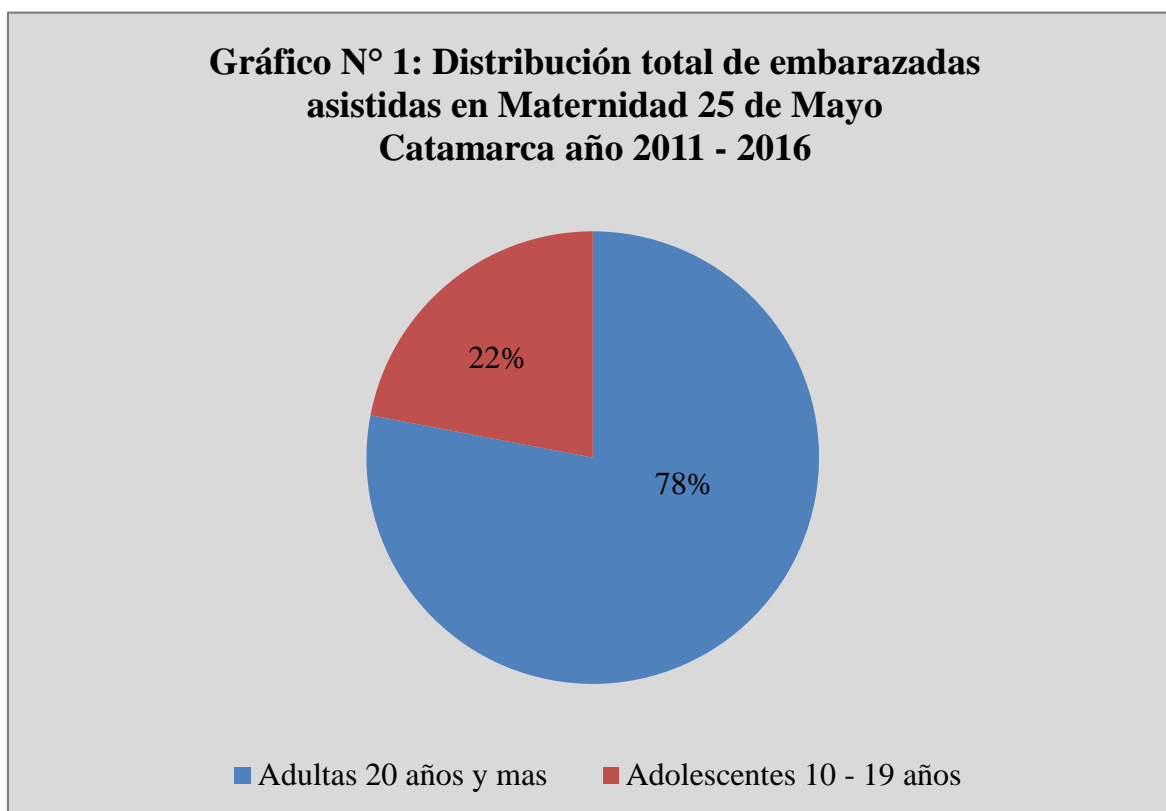


**Control prenatal:** número de controles prenatales realizados hasta el momento de la finalización de su embarazo se consignara: ninguna, 1, 2 a 4, 5 a 9, 10 o más consultas.

**Finalización del embarazo:** forma de terminación del embarazo: aborto, vaginal espontaneo, cesárea.

**f. Procedimiento y análisis de los datos:** Para realizar el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva, a través del cálculo de frecuencias y representaciones gráficas.

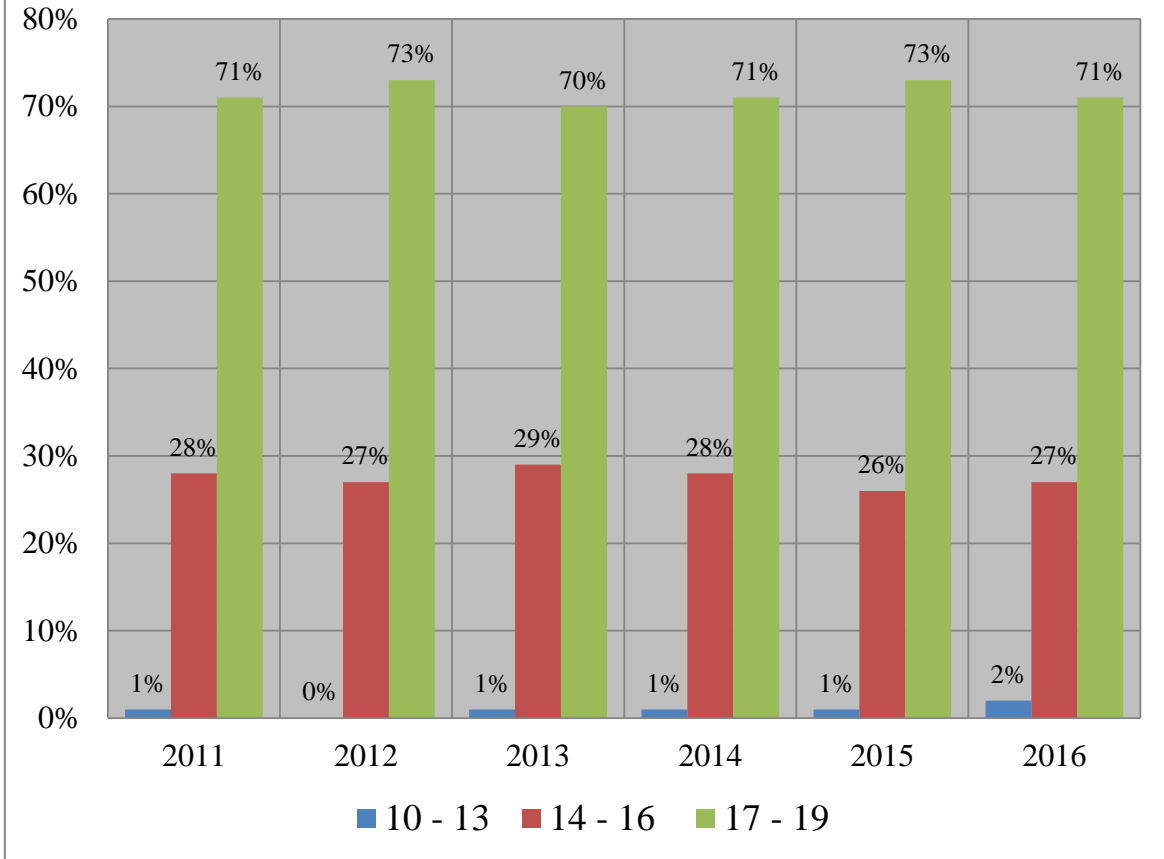
## RESULTADOS



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

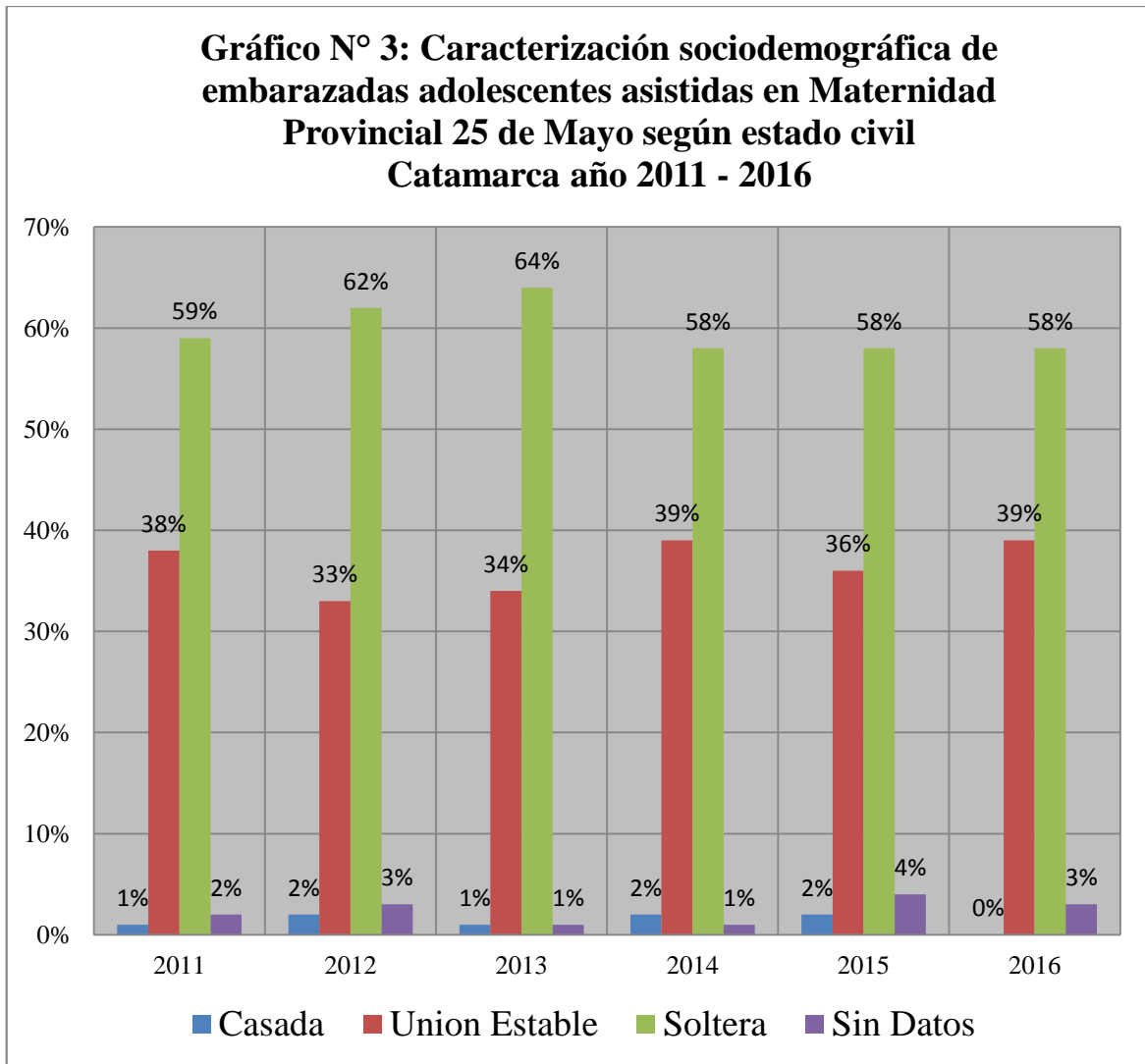
Según la Distribución total de la población en estudio, se pudo observar que durante el periodo 2011 al 2016 requirieron asistencia médica obstétrica en Maternidad Provincial 25 de Mayo un total de 18732 (100%) embarazadas, de las cuales 14574 (78%) eran adultas y 4158 (22%) adolescentes cuya edad es de 10 a 19 años.

**Gráfico N° 2: Distribución por edad de la población de embarazadas adolescentes asistidas en Maternidad Provincial 25 de Mayo Catamarca año 2011 - 2016**



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

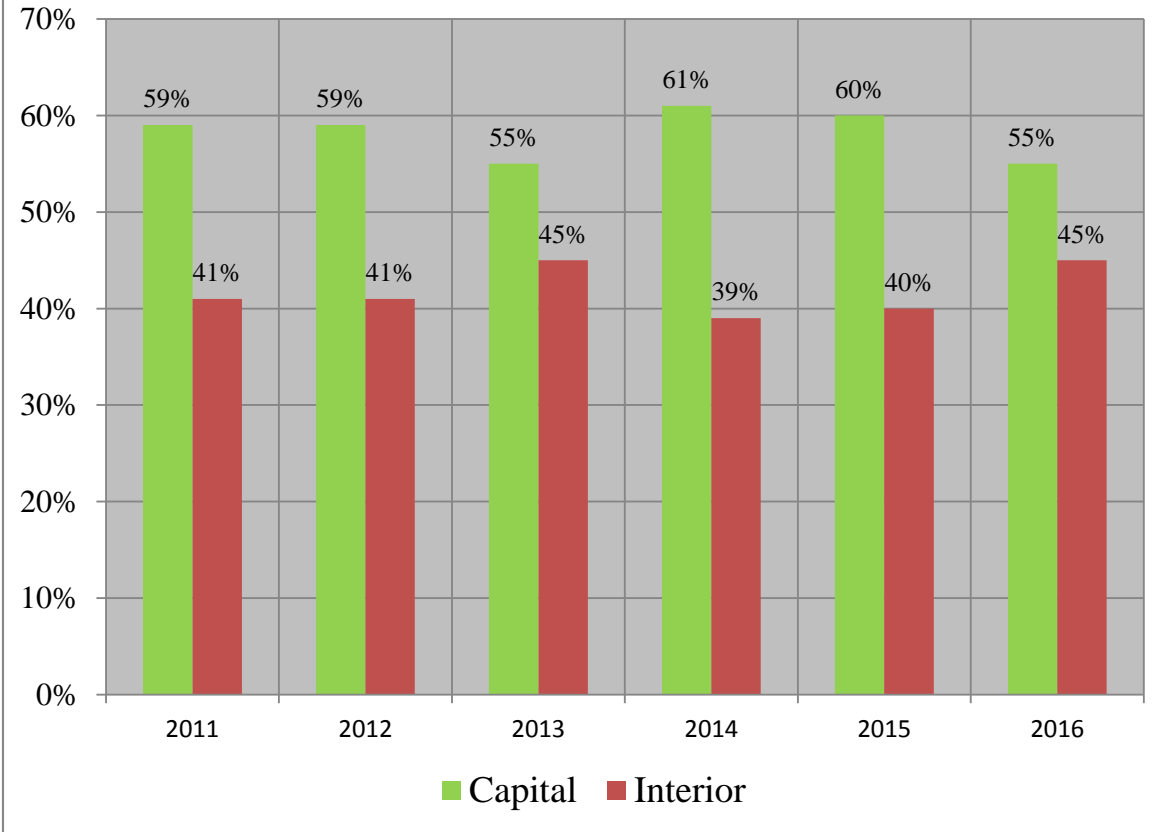
Durante el periodo 2011 al 2016 requirieron asistencia obstétrica en Maternidad Provincial 25 de Mayo un total de n=4158 (100%) embarazadas adolescentes. De los cuales se observó que el grupo etario comprendido entre los de 17 a 19 años, requirieron mayor atención obstétrica, representaron el 72%, el grupo etario de 14 a 16 años tuvieron un promedio de atención del 27% y el grupo con menor atención obstétrica fueron las edades comprendidas entre los 10 a 13 años, con un promedio del 1%.



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

En esta investigación, se observó que según su condición del estado civil la adolescente madre soltera fue la más representativa con un promedio del 60%, en orden descendente, la atención de madre adolescente con unión estable, representó el 37% y el de menor frecuencia fue en su condición de estado civil casada con el 1%.

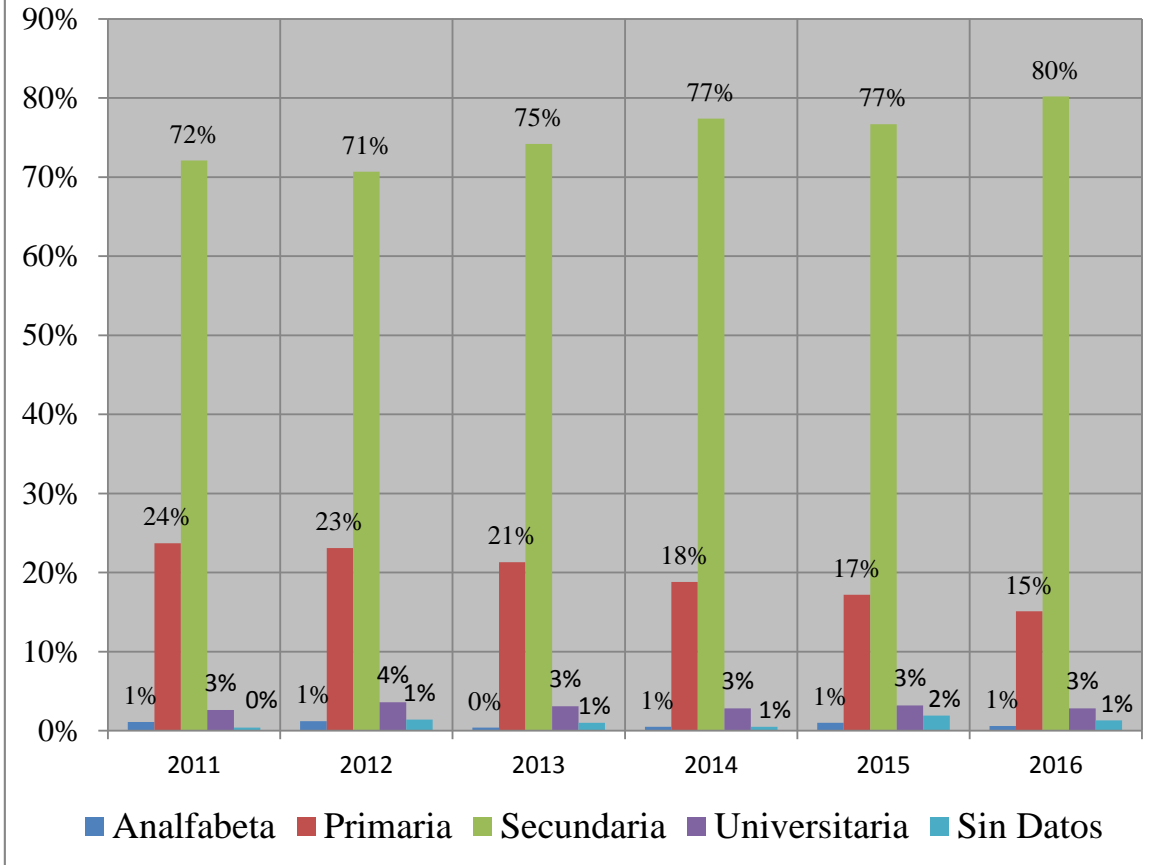
**Gráfico N° 4: Caracterización sociodemográfica según domicilio de las embarazadas adolescentes asistidas en Maternidad Provincial 25 de Mayo Catamarca año 2011 - 2016**



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

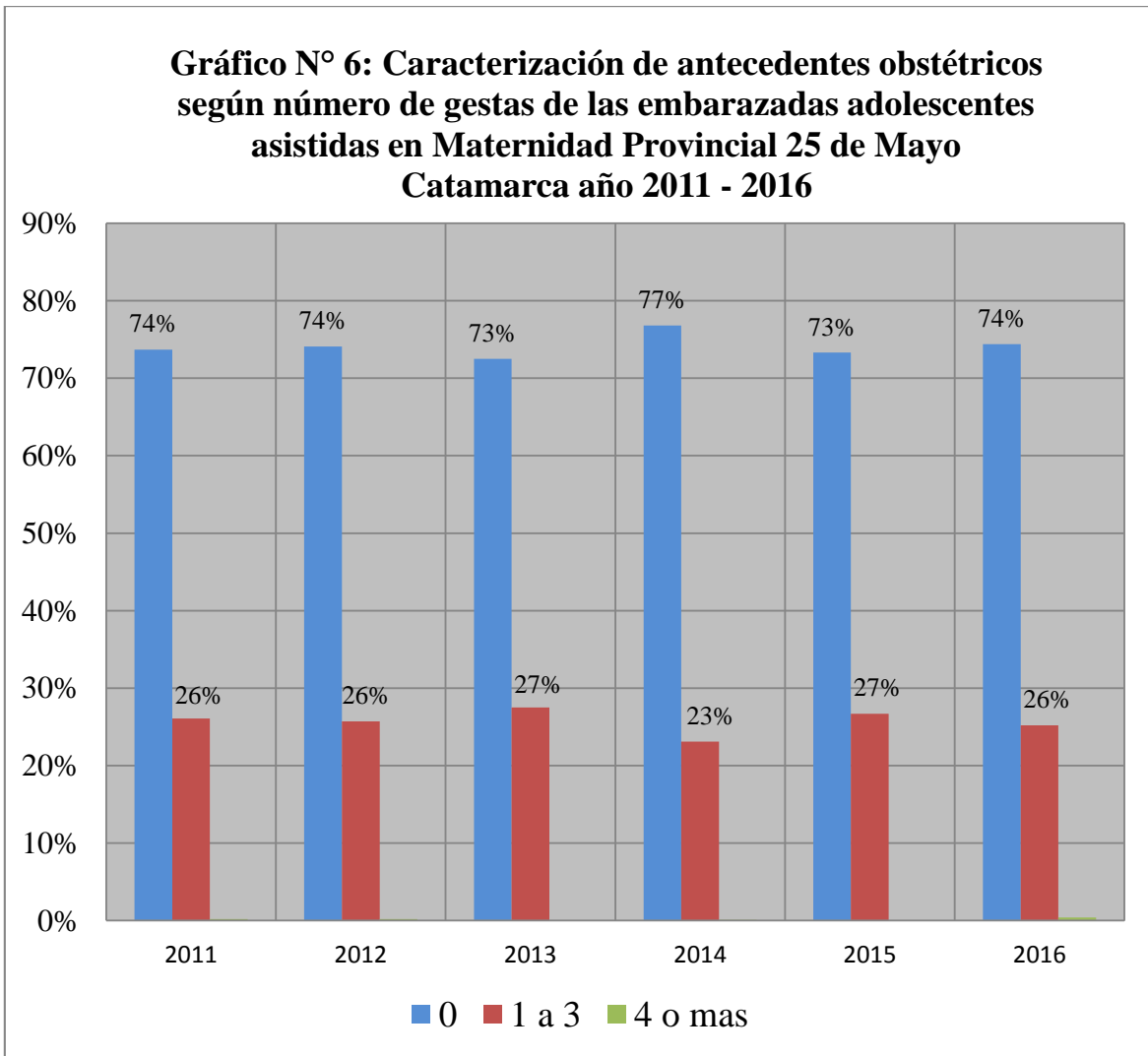
Según la declaración de domicilio de las embarazadas adolescentes que recibieron atención obstétrica, se destaca, que residían en la ciudad capital de San Fernando del Valle de Catamarca el 58% y que las adolescentes que residían en el interior provincial estuvieron representadas con un 42%.

**Gráfico N° 5: Caracterización sociodemográfica según situación de escolaridad de las embarazadas adolescentes asistidas en Maternidad Provincial 25 de Mayo Catamarca año 2011 - 2016**



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

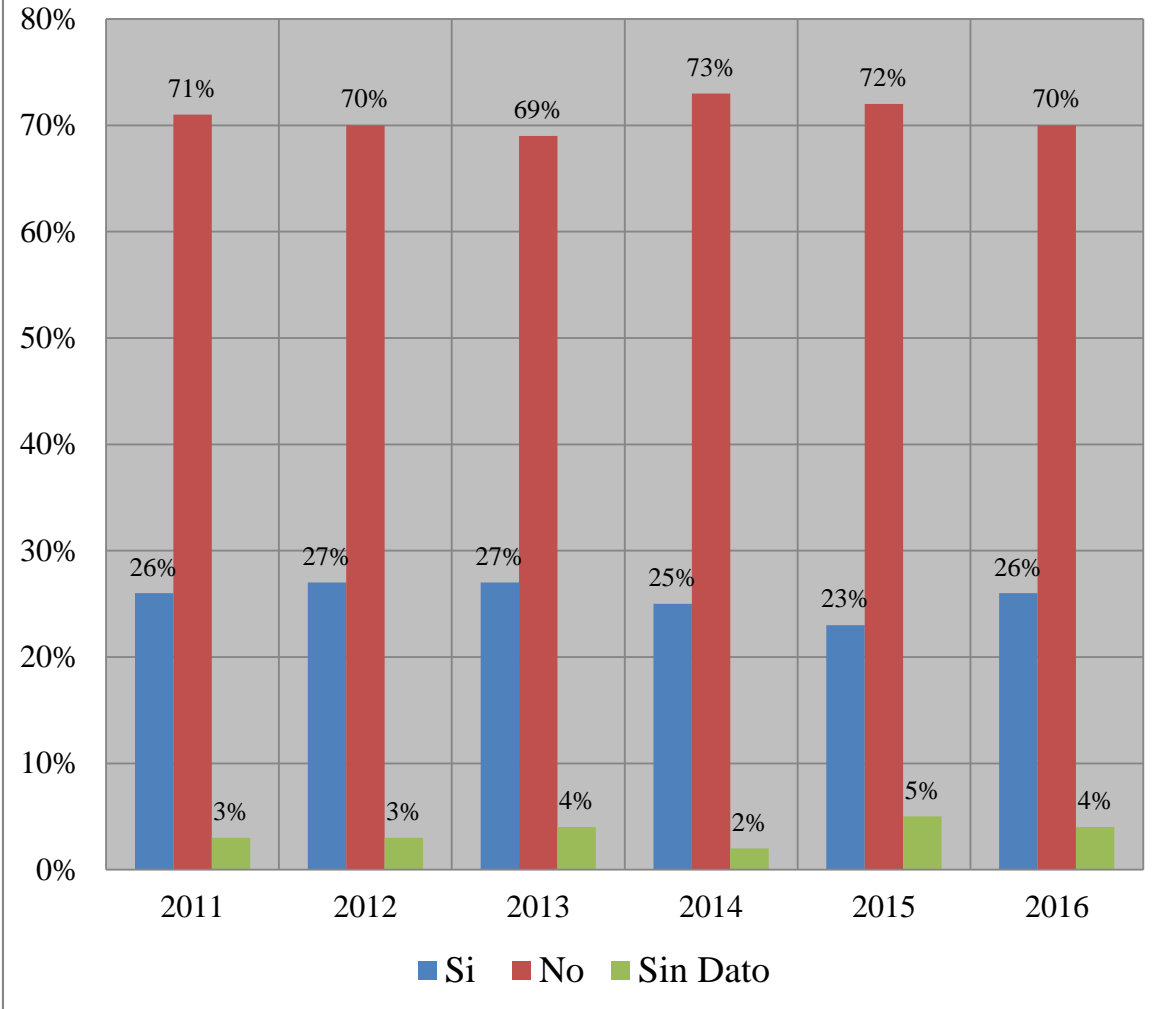
Según su situación de nivel de escolaridad, se observó que las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia con mayor porcentaje estuvieron representadas con un 75%, por las madres adolescentes con nivel de escolaridad secundaria y en orden descendente, con nivel de escolaridad primaria en un 20%, las adolescentes universitarias con un promedio del 3% y las adolescentes analfabetas con el 1% de atención obstétrica y sin datos por falta de registro en el carné perinatal representó el 1%.



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

Del gráfico, se destaca, según su condición de antecedentes obstétricos: que las madres adolescentes que no tuvieron gestas previas (primigestas), estuvieron representadas en un 74% y las adolescentes que tuvieron de 1 a 3 gestas previas estuvieron representadas con un 26%. Cabe destacar que no hubo adolescentes con 4 o más gestas previas (0%).

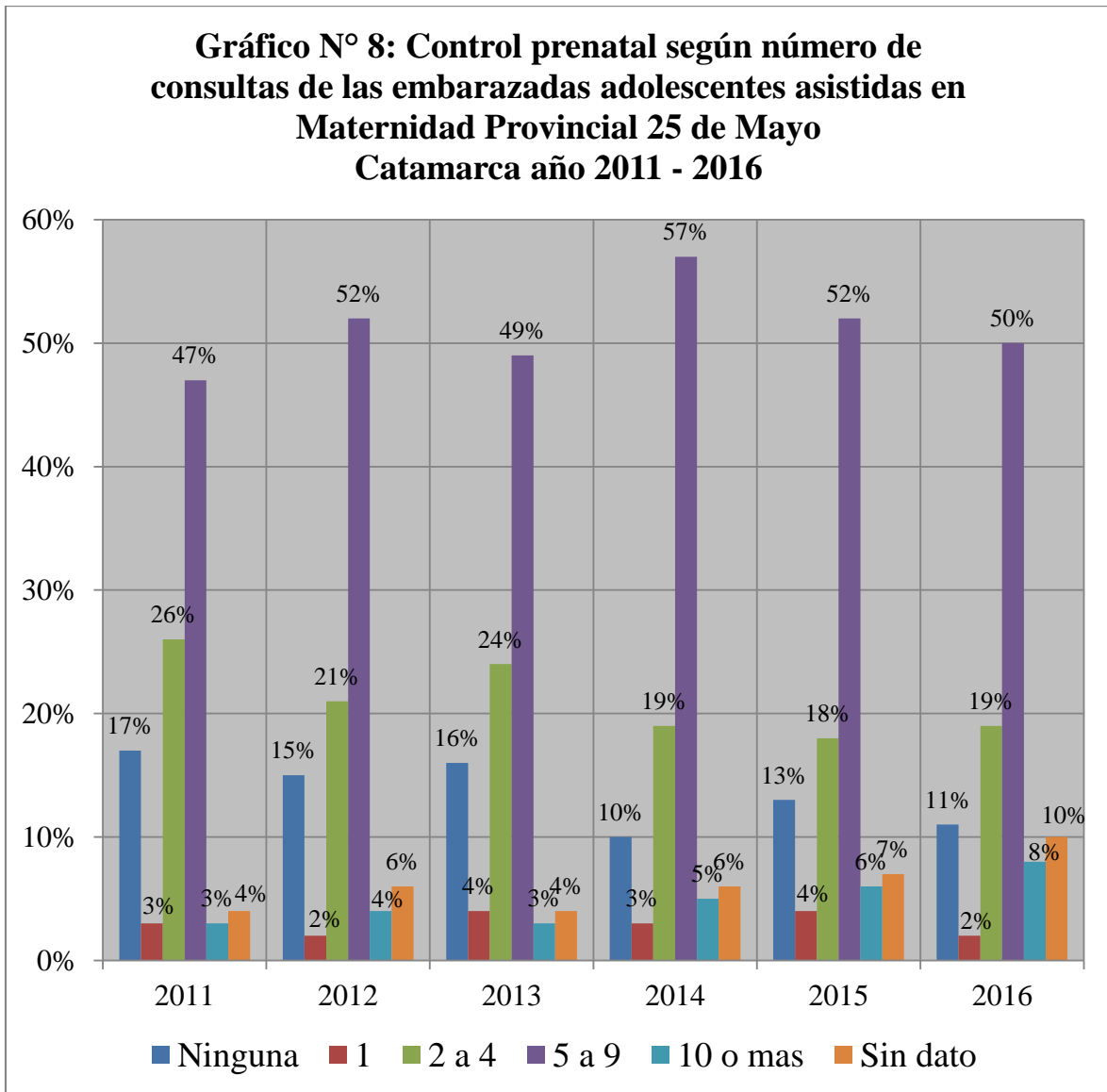
**Gráfico N° 7: Caracterización de las embarazadas adolescentes asistidas en la Maternidad Provincial 25 de Mayo según si el embarazo fue planeado Catamarca año 2011 - 2016**



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

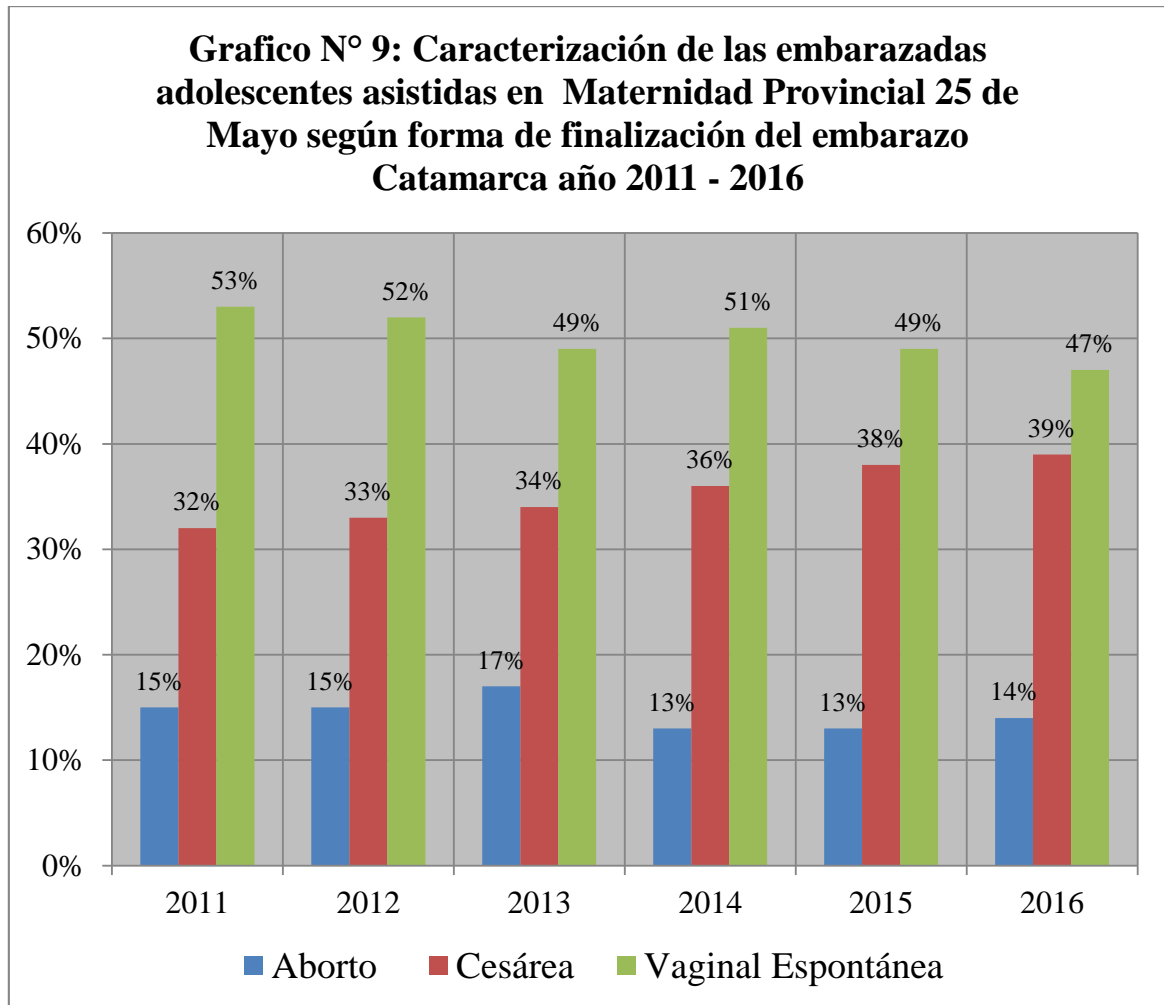
En este gráfico de distribución de atención de embarazadas adolescentes, se observó que el embarazo no fue planeado en el 71% de los casos y que solamente fue planeado el 26% de los embarazos, cabe resaltar que sin datos represento el 3% de los casos, esto evidencia la falta de llenado de los ítems del carne de control prenatal por los profesionales que realizan el mismo.





Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

Se observó, que las embarazadas adolescentes según el número de consultas prenatales, estuvo representado con el 51% promedio quienes realizaron entre 5 a 9 controles, el 21% realizaron de 2 a 4 controles obstétricos, de 10 o más controles representaron el 5%, el 3% realizó 1 control y el 14 % de embarazadas adolescentes no realizaron ningún control prenatal aumentando así el riesgo de padecer un daño, sin datos fue el 6%.



Fuente: Servicio de Estadística e Informática. Maternidad Provincial 25 de Mayo.

En esta investigación se observó que las embarazadas adolescentes que finalizaron su embarazo por vía vaginal espontánea fueron de un 50% y por cesárea un 35%, la vía de finalización del embarazo en aborto fue del 15%.

## DISCUSION

Las tasas de fecundidad en la adolescencia es el indicador privilegiado para medir la evolución del embarazo en esta población ya que resultan elevadas en el contexto de una fecundidad general relativamente baja, esta desvinculación entre la evolución de la fecundidad adolescente y la del conjunto de mujeres en edad reproductiva no es privativa de la Argentina, destacándose como un hecho propio de la región de América Latina, en función a la estadística de embarazo adolescente en la Argentina.

En Argentina el embarazo adolescente esta entre las más altas del mundo, en donde la fecundidad adolescente asciende a más del 70 por mil en las provincias más pobres (solo son superados por las tasas registradas en el continente africano), entre ellas el 61% de las madres adolescentes no tienen cobertura de salud, por lo tanto son atendidas en el subsector público para la atención de salud y del niño. En este sentido, Argentina dispone de un marco legislativo y programático<sup>82</sup> favorable para garantizar el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad (Ley 26.061) (Ley 25.673). La implementación de un programa de Educación Sexual Integral en las escuelas (Ley 26.150) y el derecho a la educación en las adolescentes durante el embarazo y lactancia (Leyes 25.808 y 25.273) también estarían garantizados. Para el caso del embarazo en la adolescencia precoz es importante considerar, también, que para la ley Argentina la ocurrencia de un embarazo en adolescentes por debajo de la edad de consentimiento sexual habilita a la implementación de las acciones definidas para la atención de abortos no punibles.

La maternidad adolescente presenta diferencias según la región del país, siendo las provincias del norte las que mayores tasas presentan, con valores que van de 29 a 45 niños cada mil mujeres adolescentes. En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones. Sin embargo, el análisis global del

---

<sup>82</sup> Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2012). Ministerio de Salud de la Nación. Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Recuperado de: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/2012\\_Guia\\_Clinica\\_Sap\\_Unicef.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf)

país no da cuenta de la desigualdad entre provincias ya que, supera el promedio nacional que es del 20% en 6 de 24 provincias. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.<sup>83</sup>

La tasa de fecundidad adolescente es un indicador que muestra la probabilidad de embarazo en esta población y puede analizarse según dos franjas etarias: adolescencia precoz (10 a 14 años) o adolescencia tardía (15 a 19 años). La tasa total de fecundidad adolescente en Argentina año 2011 – 2016 (10 a 19 años) por cada 1000 mujeres con un promedio a nivel nacional de 32,5%, representado de la siguiente manera: año 2011 (34%); año 2012 (32,7%); año 2013 (33,7%); año 2014 (33,7%); año 2015 (32,3%) y año 2016 (28,8%). Se observa que la provincia de Catamarca se encuentra por arriba del promedio nacional con un 35,28% y las provincias del Noreste Argentino con niveles elevados de tasa de fecundidad adolescente por arriba del promedio nacional representado por la provincia de Chaco con un 50,5%, Formosa con un 49,5%, Misiones con un 47,32% y en comparación con provincias del noroeste (provincias vecinas) están representadas por Santiago del Estero con un 39,26%, Tucumán con un 37,86%, La Rioja con un 32,96%. Cabe destacar que Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es el distrito con menor tasa de fecundidad adolescente muy por debajo del promedio nacional representado por un 15,2%.<sup>84, 85, 86</sup> En este estudio se observa que los datos encontrados se correlacionan, en donde las provincias del Noreste y del Noroeste están por arriba del promedio nacional según estudios estadísticos.

Las discusiones éticas para atención médica de embarazos en la adolescencia en Catamarca, están avalados por leyes y normativas nacionales e internacionales de conformidad con los Derechos Humanos de OPS/OMS y de la Ley Nacional 25673 Art. 2 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y otras leyes que hacemos referencia en el anexo. Para ello las embarazadas adolescentes

---

<sup>83</sup> Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Indicadores Básicos*. Argentina.

<sup>84</sup> INDEC (2016). Estimaciones y Proyecciones de Población 2010 – 2040. Total País.

<sup>85</sup> Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Embarazo adolescente. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-logro-importante-descenso-de-la-mortalidad-infantil-y-materna>

<sup>86</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2017). *Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina – Año 2015*.

defienden sus derechos desde la perspectiva de la autonomía en tomar decisiones que tiene toda persona, en donde la libertad de conciencia es un derecho dado por la sociedad moderna (en donde se rescata que la confidencialidad es un derecho humano de los adolescentes y debe respetarse). Cabe destacar que los datos obtenidos y analizados en este estudio se correlacionan con la bibliografía consultada.

Según asistencia médica obstétrica de finalización del embarazo, el porcentaje de abortos fue del 15%, aunque en esta investigación no estuvo dentro de las variables a estudiar si los mismos fueron provocados o espontáneos es importante que en los casos en que se realiza la Interrupción Legal del Embarazo (ILE),<sup>87</sup> debe guiarse fundamentalmente por el Principio de Autonomía, es decir debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida, este principio es la base del secreto médico. Otros principios que guían la atención de ILE son los de accesibilidad, privacidad, no judicialización, confidencialidad, celeridad/rapidez y transparencia activa.

Los principios rectores, surgen de las normativas internacionales de los derechos humanos con rango constitucional para nuestro país (art.75 inc. 22) de la constitución y la legislación Argentina, entre las más importantes se encuentran la Ley de derechos del paciente (Ley 26529), el régimen legal del ejercicio de la medicina (Ley 17732) y la Ley de protección integral de las mujeres (Ley 26485).

La Argentina adhiere al modelo de indicaciones o causales, en virtud de la cual el aborto está penalizado excepto en determinados supuesto. Desde 1921, el artículo 86 del Código Penal de la Nación establece excepciones a la punibilidad del aborto:

- a) En los casos de peligro para la vida de la mujer gestante
- b) En los casos de peligro para la salud de la mujer gestante
- c) Cuando el embarazo sea producto de una violación

Ante ello es legal el aborto en Argentina.

---

<sup>87</sup> Sosa, M. (26 de julio de 2018). Catamarca: alrededor de 500 a 600 mujeres en situación de aborto. *Tiempo Argentino*. Recuperado de <https://www.tiempoar.com.ar/nota/catamarca-alrededor-de-500-a-600-mujeres-en-situacion-de-aborto>

No todas las jurisdicciones cuentan con protocolo,<sup>88</sup> hasta abril del 2017, apenas 8 (Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego) de las 25 jurisdicciones de todo el país han adherido al protocolo Nacional.

Hasta esta fecha Catamarca no contaba con normas locales. En Catamarca, el protocolo de ILE se creó en 2010 desde el Ministerio de Salud de la Nación, con una nueva edición en 2015, pero cobra importancia o visibilidad a partir del fallo de la Corte Suprema de Justicia (Fallo F.A.L). El Protocolo Nacional de ILE se lleva a cabo desde el año 2014 en la Maternidad Provincial, como respuesta a la problemática del aborto inseguro, con el desarrollo de un programa de reducción de riesgo y daños causales, cuyo objetivo es dar principalmente una respuesta solidaria y oportuna ante esta situación.

La elaboración de este protocolo se fundamenta en la necesidad de contar con pautas y que garanticen el acceso al aborto en los supuestos contemplados como no punibles en los términos del artículo 86 inciso 1 y 2 del código penal y del fallo de la corte suprema de justicia de la Nación (13 de marzo de 2012). La realización de la práctica no implica ninguna responsabilidad administrativa, civil, ni penal para el equipo de salud, no requiere autorización judicial. El hospital y el/la médico/a tratante tiene la obligación legal de practicar la intervención a requerimiento y siempre que exista el consentimiento informado de la mujer en el caso de las menores de 18 años se deberá respetar el interés superior del niño, conforme surge en el artículo 3 de la Ley Nacional 26061 de protección integral de los niños, niñas y adolescentes. En el equipo interdisciplinario no podrán formar parte de este equipo, los profesionales objetores de conciencia.

Argentina, a pesar de que no tiene una tasa muy alta, es el único país latinoamericano en el cual ésta en aumento, lo que se explicaría, entre otras causas, por el incremento de la pobreza y el descenso de la escolarización en algunas provincias.

---

<sup>88</sup> Infografía. ¿Qué provincias cuentan con un protocolo no punible para abortar? (1 de marzo de 2018). *Telam*. Recuperado de <https://www.telam.com.ar/notas/201803/262182-protocolo-aborto-no-punible-provincias.html>

## CONCLUSIONES

Esta investigación: Aspectos bioéticos del embarazo y maternidad adolescente se realizó durante el periodo 2011 al 2016, en la Maternidad Provincial 25 de Mayo Catamarca, de los datos obtenidos del departamento de estadísticas que corresponde al área de internación del servicio de obstetricia se pudo observar que:

- Fueron asistidas por el servicio médico de obstetricia un total de 18732 (100%) mujeres embarazadas, de las cuales el 22% (n= 4158) fueron adolescentes, de estos el grupo etario entre los 17 a 19 años, (adolescencia tardía), fue el de mayor porcentaje con el 72%, el 27 % correspondió al grupo etario entre 14 a 16 años, (adolescencia media) y el grupo etario con menor atención medica obstétrica correspondió a las edades de 10 a 13 años, (adolescencia temprana) con el 1%.
- Según el estado civil el mayor porcentaje de embarazadas adolescentes estuvo representado por las madres solteras con el 60% y las casadas representaron al 1% con menor porcentaje. En función al reconocimiento de las diferencias culturales, el embarazo en la adolescencia puede ser aceptado y deseado en determinadas sociedades.
- La residencia predominante (domicilio) fue en capital, San Fernando del Valle de Catamarca con un 58% y las que presentaron domicilio en el interior provincial y que fueron derivadas para su atención, estaban representadas por el 42%. Este dato confirma que esta maternidad atiende mayormente la demanda obstétrica de la capital y como centro de referencia de derivación de la población del interior provincial, expresando una buena accesibilidad en el servicio de salud pública.
- Según su nivel de escolaridad, un elevado porcentaje, 75%, correspondió a madres adolescentes que cursaban estudios secundarios, el 20% curso estudios primarios y solamente el 3% cursaban estudios universitarios, de esto se destaca que el embarazo y la maternidad adolescente dificultan la continuidad de los estudios y la inserción laboral, especialmente en los contextos de vulnerabilidad. Los escenarios realizados con la educación alcanzada en la adolescencia son naturalmente variables, ya que este grupo poblacional incluye niveles educativos esperables que son cambiantes

según la edad. Por ese motivo los indicadores deben analizarse con cautela. El nivel de escolaridad en las embarazadas adolescentes está relacionado con resultados positivos de la salud sexual y reproductiva, esto indica que obtener cierto nivel de escolaridad es un factor protector que ayudan a las madres adolescentes a superar lo que de otro modo sería un círculo vicioso de pobreza para ella y sus hijos, toma conocimiento sobre los cuidados de su salud materna y como reducir los niveles de riesgo. Según estudios dan de referencia al conocimiento y al uso de métodos anticonceptivos donde las mujeres adolescentes conocen algún método anticonceptivo en un 95%.

- Según el número de gestas, se observó, que las primigestas (no tuvieron gestas previas) representaron el 74% de las madres adolescentes y las que tuvieron 1 a 3 gestas previas representaron el 26%. Hay que rescatar que las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. Se trata no únicamente de un problema de salud pública, sino también de desarrollo, derechos humanos e inequidad.<sup>89</sup> Los expertos coinciden en que el embarazo adolescente es multicausal, y en América Latina sobresalen dos factores: falta de acceso a una educación sexual integral y a servicios de prevención y anticoncepción. Investigaciones del campo de las ciencias sociales alertan sobre el hecho de que la alta frecuencias de embarazos no planeados en la población adolescente, aumenta el riesgo de exposición a un aborto inseguro, de abandono escolar y de limitaciones de acceso al mercado laboral condicionándose así las perspectivas de desarrollo personal, especialmente en las adolescentes de menores recursos.<sup>90</sup>
- Según su planificación familiar, se observó, que en el 71% de los casos su embarazo no fue planificado, esto nos dice que en relación a la inequidad, las adolescentes pobres son las que con mayor frecuencia tienen hijos, la pobreza afecta especialmente las condiciones en las que se desarrollan los

---

<sup>89</sup> Recuperado el 12 de agosto de 2019 de: <https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-y-el-desaf%C3%ADo-de-reducir-las-altas-cifras-de-embarazo-adolescente/a-48028862>

<sup>90</sup> Gogna, M. & col. (2008). *Reproductive Health Matters*. Vol. 16 (31), 192 – 201.



embarazos en la adolescencia. En referencia al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos: prácticamente todas las adolescentes de 10 a 19 años conocen algún método anticonceptivo representadas en un 95%; sin embargo existe un 20% de adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas que no utilizan ningún método anticonceptivo. Los derechos en juego en la atención de adolescentes: adolescentes sujeto de derecho es el eje del cambio, lograrlo sigue siendo el principal desafío para facilitar el acceso a la salud. Las adolescentes gozan del derecho a la salud, del derecho a buscar y recibir información, a la intimidad, y a ser escuchadas en todos los asuntos que los afectan. Ante ello busca la autonomía progresiva en donde todo niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello. Para nuestra sociedad la construcción de autonomía en relación a la sexualidad es particularmente conflictiva, si bien este control de los cuerpos es, desde una mirada antropológica, inherente a la sociedad occidental actual, cuando se trata de pubertad y adolescencia, existe una discusión continua sobre la propiedad de los cuerpos y su relación con el placer.

- Según el número de controles prenatales, se observó, que el 51% de las madres adolescentes realizaron entre 5 a 9 controles prenatales y que el 14% no realizaron ningún control prenatal como dato significativo. Aunque los controles prenatales han mejorado en los últimos 10 años, este sigue siendo un tema de atención por parte de políticas sanitarias.

Teniendo en cuenta los controles prenatales y que en el embarazo en la adolescencia no tuvieron planificación familiar en un 71%, según este estudio, al no ser planificado la adolescente adoptara distintas actitudes frente a nuevas situaciones que dependerá del contexto social, familiar y de su historia personal. La frecuencia de controles prenatales varía según el riesgo, requiriendo, en el curso del embarazo de bajo riesgo, un control mensual con un total mínimo de 5 controles durante el transcurso de la gestación, la OMS recomienda a todas las mujeres embarazadas que deben realizar como mínimo 5 controles prenatales comenzando dentro de los tres primeros meses del embarazo. En las embarazadas adolescentes los

controles prenatales predominan a partir del segundo trimestre, lo cual es un factor determinante a la hora de valorar el impacto perinatal de las intervenciones a realizar, esto hace que los controles prenatales en adolescentes es habitualmente insuficiente con una periodicidad menor a 5 controles (según este estudio el 14% no realizó ningún control prenatal), llevando esto a obtener resultados no deseados por ejemplo amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, etc.

- Según asistencia médica obstétrica de finalización del embarazo, se destaca que un 50% tuvieron parto por vía vaginal espontánea, un 35% por cesárea, siendo elevado el porcentaje de abortos con un promedio del 15%, lo que evidencia que el embarazo en edades muy tempranas conlleva riesgos de morbimortalidad del niño (prematurez, bajo peso, etc.), estos problemas, afectan especialmente a las adolescentes menores de 15 años.

Es necesario destacar que hoy en día es muy importante abordar la temática de la adolescencia debido a la trascendencia de este grupo etario para el desarrollo y su impronta en la población mundial, particularmente en América Latina y el Caribe. El embarazo en edades cada vez más temprana se está convirtiendo en un problema social y de salud pública, esta problemática afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de métodos de control de la natalidad. La atención obstétrica de estas jóvenes, futuras madres, unidas al trabajo médico que incluye psicólogos y trabajadores sociales, contribuyen a fomentar en las adolescentes una conducta social oportuna y a dar atención en los aspectos físicos, emocionales y sociales que forman la personalidad. Respecto a la Atención Integral de Adolescentes es un modelo que permite mejorar la atención de esta franja etaria. Este modelo privilegia la promoción de estilos de vida saludables, potencia fortalezas, y previene probables riesgos, involucra a la familia y el soporte social existente. Se considera el embarazo en la adolescencia como un problema que revela la inequidad social, educativa y socioeconómica. El impacto del mismo en el presente y futuro de las adolescentes justifica la necesidad de atender su situación desde una perspectiva de derechos y de género considerando la atención de salud en todos sus niveles fortaleciendo las articulaciones intersectoriales y de redes territoriales.

La confidencialidad es un derecho humano de los niños, niñas y adolescentes sin discusión alguna y debe respetarse siempre. Las reglas que protegen la orientación que el profesional acuerda con su paciente garantizan la confidencialidad. Por supuesto que en situaciones excepcionales esta se puede suspender, como en caso de riesgo vital, embarazo complicado o intención de suicidio.

El principio de autonomía permite aceptar o rechazar un determinado tratamiento y se concreta en el consentimiento informado, que constituye la garantía del derecho a rechazar el tratamiento médico como expresión de la integridad corporal. Para considerar una persona plenamente autónoma, es necesario que esté libre de coacción y que sea competente. En menores no competentes, el consentimiento informado es por representación, es decir, responsabilidad de padres o tutores y su principio rector en el mejor interés del menor.

La bioética ofrece reflexiones sistemáticas al involucrar a los profesionales de la salud y de la educación en el fomento de la salud sexual y al proporcionar asistencia inmediata a las adolescentes, lo cual incluye medidas preventivas de un embarazo no deseado, con el objetivo de evitar la incidencia del aborto y la sumisión de las jóvenes a los servicios clandestinos.

## **RECOMENDACIONES**

- Elaborar un plan estratégico de sensibilización de políticas públicas de atención y prevención de embarazo en la adolescencia en las instituciones gubernamentales: Ministerio de Salud, Educación, Desarrollo Social, y en toda la comunidad en general y fundamentalmente en las poblaciones vulnerables, trabajando en la aplicación de la Ley 25673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de la Ley 26150 del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Esta propuesta de sensibilización busca la aceptación de los principios aplicables a la ética de la sexualidad y a la ética de la actuación médica respetando los 4 principios básicos de la bioética: Autonomía, Justicia, Beneficencia, No Maleficencia.
- Proponer estrategias en los equipos de salud interdisciplinarios, para mejorar algunas de las variables encontrados en este trabajo de investigación: Disminuir el porcentaje de embarazos adolescente no planificados, elevar el número de controles prenatales y disminuir el elevado porcentaje de finalización de embarazo en aborto, fortaleciendo el vínculo operativo del servicio de obstetricia en la atención de salud de la embarazada adolescente, buscando el acceso y calidad de la salud materna.
- Sugerimos un trabajo multisectorial en todos los estratos sociales y culturales en donde nos permita mejorar la atención de este grupo etareo francamente vulnerable, mejorando los estilos de vida saludables, potenciando fortalezas psicosociales y buscando prevenir y disminuir los riesgos que se asocian a embarazos en la adolescencia.

Todo este proceso se cristaliza con propuestas claras respecto a la confidencialidad de la intervención médica, potenciando el principio de autonomía a través del consentimiento informado que garantiza el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento, en donde la bioética aporta su análisis en la intervención de los profesionales de la salud y de educación, buscando dar respuesta a la asistencia segura y viable de la embarazada adolescente.

## BIBLIOGRAFIA

- A., P. (2005). El embarazo adolescente le cuesta al país. *Periodico Universidad Nacional de Colombia*, pág. 72.
- Bianco, M. & Correa, C. (2003) *La adolescencia en Argentina, sexualidad y pobreza*. Buenos Aires, Argentina: Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer.
- Brandão ER, H. M. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camada média do Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado el 17 de febrero de 2018, de *Cad Saúde Pública*. 22(7):1421-30: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/07.pdf>
- C., S. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud pública Méx* , 137- 143.
- C., T. D. (1983). Limitación del modelo de autonomía para la relación médico-paciente. En T. D. Bergsma J, *Autonomía y medicina clínica* (págs. 2-5). Springer Países Bajos.
- Casas M. *Adolescencia*, F. S. (2011). “Psicoanálisis y Adolescencia. *Psicolibros*.
- Cely Galindo, G. S. ( 2004.). *Ethos Vital y dignidad humana. Reflexiones bioéticas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Chaves JHB, P. L. (2010). Abortamento provocado na adolescencia sob a perspectiva bioética. Recuperado el 7 de diciembre de 2017, de *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 10(2):5311-19.: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10>
- Darrell, A. (1978). The Physician's Obligation to Prolong Life: A Medical Duty without Classical Roots, *Hastings Center Report*,. 23-30.
- Donas, S. (1992) Marco epidemiológico conceptual de la Salud Integral del Adolescente. OPS - OMS. Página 3.
- Faur, E. (abril de 2010). *Diario El Ancasti*. Catamarca.
- Flórez C, V. E. (2004). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencia y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documento CEDE, Colombia.
- Freud, S. (1988). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, E., Molina, T. (2007) Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(6), pp. 374-382.

- Hunt P, B. d. (2010). Reducción de la mortalidad materna: la contribución del derecho al más alto nivel posible de salud. . Nueva York: Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Loch JA, C. J. (2007). Privacidad y confidencialidad en el cuidado de la salud de los adolescentes: percepciones y comportamientos de un grupo de 711 estudiantes universitarios. . Recuperado el 17 de febrero de 2018, de Rev Assoc Med Bras.: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a22v53n3.pdf>
- Losoviz, A. I. (1995). De la Ética Médica a la Bioética: Reflexión Psicoanalítica sobre las Nuevas Técnicas Reproductivas. . Boletín de la Biblioteca del Congreso de la Nación, N° 118.
- May, A. R., Kahn, J. H., y Cronholm, B. (1971) La salud mental de los adolescentes y los jóvenes: informe sobre una conferencia técnica. Estocolmo: OMS.
- Mujer., C. I. (febrero de 2007).
- Naciones Unidas, O. d. (2012). Orientaciones técnicas específicas para los responsables de la formulación de políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad materna utilizando un enfoque basado en los derechos humanos. Recuperado el 19 de junio de 2017, de <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodiesCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC.21-22.sp.pdf>
- OPS/OMS. (2013.). Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos. Washington, DC.
- Perez Lozano, A. (1996). Bioética en la Práctica Médica. Caracas: Kinesis.
- Polaino-Lorente A, M. C. (1995). Embarazo en la adolescencia. Madrid: Rialp.
- Sheep, E. (1982). To benefit and Respect Persons: A Challenge for Beneficence in Health Care. En Beneficence and Health Care. (pp.200-204). Dordrecht, Países Bajos, D.: Earl Shelp.
- Silva, H.B. (2010). Beneficencia y paternalismo médico. Revista Brasileña de Salud Maternoinfantil. 10 (2), 419 -425. Recuperado el 7 de diciembre de 2017 de: <http://dx.doi.org/10.1590/S151938292010000600021>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2010). Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Arch Argent Pediatr. Buenos Aires, Argentina.
- R., M. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. . En S. J. Molina R, Abuso sexual en adolescentes: aspectos epidemiológicos. Santiago: Mediterráneo.
- Raymond., C. A. (1981). Reflections on the Doctor-Patient Relationship. (C. C. Thomas, Ed.) Ethical Dimensions of Clinical Medicine, 104 - 110.

V., F. (1997). *Derechos Humanos y Bioética*. . Bogota: Temis, S.A.

Velasco, J. (2003.). *La bioética y el principio de solidaridad*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Walti Chanes, C. (2000) *Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México*. *Papeles de Población*, 6 (26), 43-87. Universidad Autónoma del Estado de México.

## ANEXOS

### ANEXO I

#### PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL

Ley 26.150

Dada en la sala de sesiones del congreso argentino, en buenos aires, a los cuatro días del mes de octubre del año dos mil seis. — registrada bajo el nº 26.150 — Alberto E. Balestrini. — Daniel O. Scioli. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Sancionada: Octubre 4 de 2006

Promulgada: Octubre 23 de 2006

#### PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL

**ARTICULO 1º** — Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

**ARTICULO 3º** — Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

- a. Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- b. Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c. Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- d. Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- e. Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

**ARTICULO 5º** — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal garantizarán la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.

**ARTICULO 9º** — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, con apoyo del programa, deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables que tienen derecho a estar informados. Los objetivos de estos espacios son:

- a. Ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes;



- b. Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas;
- c. Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del programa.

## **ANEXO II**

### **LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

#### **Ley 26.061**

Sancionada: Septiembre 28 de 2005

Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005

**ARTICULO 1° — OBJETO.** Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces.

**ARTÍCULO 2° — APLICACION OBLIGATORIA.** La Convención sobre los Derechos del Niño es de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años de edad. Las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos.

**ARTÍCULO 3° — INTERES SUPERIOR.**

Debiéndose respetar:

- a. Su condición de sujeto de derecho;
- b. El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta;
- c. El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural;
- d. Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales;
- e. El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común;
- f. Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

**ARTÍCULO 5° — RESPONSABILIDAD GUBERNAMENTAL.** Los Organismos del Estado tienen la responsabilidad indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal.

En la formulación y ejecución de políticas públicas y su prestación, es prioritario para los Organismos del Estado mantener siempre presente el interés superior de las personas sujetos de esta ley y la asignación privilegiada de los recursos públicos que las garanticen.

Las políticas públicas de los Organismos del Estado deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

La prioridad absoluta implica:

1. Protección y auxilio en cualquier circunstancia;
2. Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica cuando sus derechos colisionen con los intereses de los adultos, de las personas jurídicas privadas o públicas;
3. Preferencia en la atención, formulación y ejecución de las políticas públicas;
4. Asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que las garantice;
5. Preferencia de atención en los servicios esenciales.

**ARTICULO 9° — DERECHO A LA DIGNIDAD Y A LA INTEGRIDAD PERSONAL.**

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestros o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a su integridad física, sexual, psíquica y moral.

La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley.

Los Organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral que promuevan la recuperación de todas las niñas, niños y adolescentes.

**ARTICULO 14. — DERECHO A LA SALUD.** Los Organismos del Estado deben garantizar:

- a. El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;
- b. Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- c. Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- d. Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

**ARTICULO 17.** — PROHIBICION DE DISCRIMINAR POR ESTADO DE EMBARAZO, MATERNIDAD Y PATERNIDAD. Prohíbese a las instituciones educativas públicas y privadas imponer por causa de embarazo, maternidad o paternidad, medidas correctivas o sanciones disciplinarias a las niñas, niños y adolescentes.

Los Organismos del Estado deben desarrollar un sistema conducente a permitir la continuidad y la finalización de los estudios de las niñas, niños y adolescentes.

**ARTICULO 22.** — DERECHO A LA DIGNIDAD. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ser respetados en su dignidad, reputación y propia imagen.

Se prohíbe exponer, difundir o divulgar datos, informaciones o imágenes que permitan identificar, directa o indirectamente a los sujetos de esta ley, a través de cualquier medio de comunicación o publicación en contra de su voluntad y la de sus padres, representantes legales o responsables, cuando se lesionen su dignidad o la reputación de las niñas, niños y adolescentes o que constituyan injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada o intimidad familiar.

**ARTICULO 28.** — PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION. Las disposiciones de esta ley se aplicarán por igual a todos las niñas, niños y adolescentes, sin discriminación alguna fundada en motivos raciales, de sexo, color, edad, idioma, religión, creencias, opinión política, cultura, posición económica, origen social o étnico, capacidades especiales, salud, apariencia física o impedimento físico, de salud, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales.

## **ANEXO III**

### **LEY NACIONAL 25.673**

#### **CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE**

**Artículo 1º.-** Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

**Artículo 2º.-** Serán objetivos de este programa:

- a. Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b. Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c. Prevenir embarazos no deseados;
- d. Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e. Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- f. Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g. Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

**Artículo 6º.-** La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a. Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.  
Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b. A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT;
- c. Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

**DECRETO NACIONAL 1.282/2003**

**REGLAMENTACION DE LA LEY Nº 25.673 DE CREACION DEL  
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION  
RESPONSABLE**

**VISTO**

el Expediente Nº 2002-4994/03-7 del registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley Nº 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, y

**CONSIDERANDO**

Que la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) define el derecho a la planificación familiar como "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país."

Que lo expuesto precedentemente implica el derecho de todas las personas a tener fácil acceso a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo.

Que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto.

Que la ley que por el presente se reglamenta no importa sustituir a los padres en el asesoramiento y en la educación sexual de sus hijos menores de edad sino todo lo contrario, el propósito es el de orientar y sugerir acompañando a los progenitores en el ejercicio de la patria potestad, procurando respetar y crear un ambiente de confianza y empatía en las consultas médicas cuando ello fuera posible.

Que nuestro ordenamiento jurídico, principalmente a partir de la reforma Constitucional del año 1994, incorporó a través del Artículo 75, inc.) 22 la CONVENCION

INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, y con esa orientación, ésta ley persigue brindar a la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, siendo aspectos sobre los que, de ninguna manera, nuestros adolescentes pueden desconocer y/ o permanecer ajenos.

Que la Ley Nº 25.673 y la presente reglamentación se encuentran en un todo de acuerdo con lo prescripto por el artículo 921 del CODIGO CIVIL, que otorga discernimiento a los menores de CATORCE (14) años y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.

## **ANEXO IV**

### **REGLAMENTACION DE LA LEY Nº 25.673**

**Artículo 1º.-** El MINISTERIO DE SALUD será la autoridad de aplicación de la Ley Nº 25.673 y de la presente reglamentación.

**Artículo 4º.-** A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

**Artículo 10.-** Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción.

Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada.

Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros Centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades sanitarias locales, de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda.

Sanción.- 23 de mayo de 2003

Publicación B.O.- 26 de mayo de 2003

## **ANEXO V**

### **Ley 25.808**

#### **EDUCACION**

**Modificase el artículo 1º de la Ley Nº 25.584, estableciéndose que los directivos o responsables de los establecimientos oficiales y privados de educación pública no podrán adoptar acciones institucionales que impidan la prosecución normal de los estudios a las estudiantes en estado de gravidez o durante el período de lactancia, y a los estudiantes en su carácter de progenitores.**

**Sancionada: Noviembre 5 de 2003.**

**Promulgada: Noviembre 27 de 2003.**

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

**ARTICULO 1º** — Modifícase el artículo 1º de la Ley Nº 25.584, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 1º.- Se prohíbe a los directivos o responsables de los establecimientos oficiales y privados de educación pública de todo el país, en todos los niveles del sistema y de cualquier modalidad, la adopción de acciones institucionales que impidan o perturben el inicio o prosecución normal de sus estudios a las estudiantes en estado de gravidez o durante el período de lactancia y a los estudiantes en su carácter de progenitores. Las autoridades educativas del respectivo establecimiento estarán obligadas, en cuanto a la estudiante embarazada, a autorizar los permisos que, en razón de su estado sean necesarios para garantizar tanto su salud física y psíquica como la del ser durante su gestación y el correspondiente período de lactancia."

**ARTICULO 2º** — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS CINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE DOS MIL TRES.

— REGISTRADO BAJO EL Nº 25.808 —

EDUARDO O. CAMAÑO. — JOSE L. GIOJA. — Eduardo D. Rollano. — Juan Estrada.



## **ANEXO VI**

### **Ley 25.273**

#### **RÉGIMEN DE INASISTENCIAS PARA ALUMNAS EMBARAZADAS**

Sancionada el 29 de junio de 2.000

Promulgada el 24 de julio de 2.000

Publicada en el Boletín Oficial el 27 de julio de 2.000

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de ley:

**Artículo 1°-** Créase un Régimen Especial de Inasistencias Justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen los ciclos de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior No Universitaria en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal, que no posean una reglamentación con beneficios iguales o mayores a los que otorga esta ley.

**Artículo 2°-** Las alumnas que presenten certificado médico de su estado y período de gestación y alumbramiento, tendrán treinta (30) inasistencias justificadas y no computables antes o después del parto, pudiendo ser continuas o fraccionadas.

**Artículo 3°-** Este Régimen Oficial, incluirá para las alumnas que certifiquen estar en período de amamantamiento, la franquicia del establecimiento durante una (1) hora diaria por el lapso de seis (6) meses a partir de su reincorporación a la escuela.

**Artículo 4°-** El no cómputo de las inasistencias a días y horas de clase no significará promoción automática, debiendo acreditar como alumna regular de acuerdo al sistema de promoción vigente de cada jurisdicción.

**Artículo 5°-** Comuníquese al Poder Ejecutivo. Rafael Pascual José Genoud Guillermo Aramburu Mario L. Pontaquarto.