MANUAL

Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad

2022

Ministerio de Salud Pública

Gobierno del Ecuador

GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y, Av. LliraÑan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: 3814400 1800 643 884
www.salud.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad". Manual. Quito: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, MSP; 2022, Disponible en: http://salud.gob.ec

Hecho en Ecuador:

No. 00066-2022

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

ıe, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, ordena que es deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud para sus habitantes;

ıe, la referida Constitución de la República del Ecuador, manda: *"Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional"*;

ıe, la Constitución de la República en el artículo 35 de determina que: *"Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad."*;

ıe, la Constitución Ibídem, en el artículo 43, establece: *"El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia."*;

ıe, la Carta Fundamental prevé: *"Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. (...)."*;

ıe, el artículo 45 de la referida Constitución de la República preceptúa que: *"(...). Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a*

ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. (...).";

Que, la Constitución de la República ordena: "*Art. 66.- Se reconoce y garantiza a las personas: (...) 9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras. 10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (...) 12. El derecho a la objeción de conciencia, que no podrá menoscabar otros derechos, ni causar daño a las personas o a la naturaleza. (...).*";

Que, la Norma Suprema estipula: "*Art. 154.- A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión. (...).*";

Que, el artículo 359 de la Constitución de la República establece que el Sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y, propiciará la participación ciudadana y el control social;

Que, la Norma Suprema dispone: "*Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.*
La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.";

Que, el artículo 361 de la Constitución de la República establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, que será la responsable de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que, la Norma Suprema en el artículo 363 señala: "*El Estado será responsable de: (...) 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (...).*";

Que, la Convención sobre los Derechos del Niño, en el artículo 3 prevé: "*(...) 2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u*

otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.";

Que, la citada Convención dispone: "*Art. 34.- Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:*
a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.";

Que, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "*Convención de Belem do Pará*", en el artículo 1estipula: "*Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.*";

Que, la Ley Orgánica de Salud determina: "*Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional*";

Que, el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud, establece que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;

Que, el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud prevé las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública siendo, entre otras, las siguientes: "*(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario. (...).*";

Que, el artículo 7 de la Ley Ibídem prescribe que toda persona sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación con la salud, el siguiente derecho: "*(...) d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; (...).*";

Que, la Ley Orgánica de Salud estipula: "*Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como*

problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. (...).";

Que, el Código Orgánico Integral Penal determina: *"Art. 150.- Aborto no punible.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:*

1. *Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*
2. *Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.*[1] *";*

Que, el Código Orgánico Integral Penal establece: *"Art. 171.- Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos:*
(...) 3. La víctima sea menor de catorce años.
Se sancionará con el máximo de la pena prevista en el primer inciso, cuando:
(...) 3. La víctima es menor de diez años. (...)";

Que, el Código Ibidem, en el artículo 179 dispone: *"La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación cause daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año. No habrá delito en aquellos casos en que el secreto divulgado verse sobre asuntos de interés público.*
Será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años quien revele o divulgue a terceros contenido digital, mensajes, correos, imágenes, audios o videos o cualquier otro contenido íntimo de carácter sexual de una persona en contra de su voluntad.";

Que, el artículo 218 del Código Orgánico Integral Penal respecto a la desatención del servicio de salud señala que: *"La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en estado de emergencia, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Si se produce la muerte de la víctima, como consecuencia de la desatención, la persona será sancionada con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años.*
Si se determina responsabilidad penal de una persona jurídica, será sancionada con multa de treinta a cincuenta salarios básicos unificados del trabajador en general y su clausura temporal.";

Que, sobre la omisión de denuncia en razón de la profesión, cargo u oficio, el artículo 276 del Código Orgánico Integral Penal señala: *"La persona que, en razón de profesión, cargo u oficio, en los ámbitos de educación, salud, recreación, religioso, deportivo o cultural, conozca de hechos que constituyan graves violaciones a los derechos humanos o delitos*

---

[1] Mediante Sentencia 34-19-IN/21 (R.O. E.C. 194, 29-VI-2021), la Corte Constitucional dispuso declarar la inconstitucionalidad por el fondo en la frase "en una mujer que padezca de discapacidad mental".

contra la integridad física, psicológica, sexual y reproductiva o muerte violenta de una persona y no denuncie el hecho, será sancionada con pena privativa de libertad de dos a seis meses.
Si la omisión es por parte de quien sea el propietario, responsable o representante legal de la institución pública o particular, se aplicará el máximo de la pena.
Si la omisión se produce sobre delitos contra la integridad física, psicológica o sexual de niños, niñas y adolescentes, se aplicará el máximo de la pena aumentada en un tercio.
No se podrá alegar secreto profesional y objeción de conciencia para justificar la falta de denuncia.";

Que, el Código de la Niñez y Adolescencia en el artículo 11 dispone: "*El interés superior del niño.- El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento. (...).*";

Que, el artículo 12 del citado Código de la Niñez y Adolescencia estipula: "*Prioridad absoluta.- En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.*
(...) En caso de conflicto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes prevalecen sobre los derechos de los demás";

Que, el Código Ibidem prevé: "*Art. 15.- Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y garantías y, como tales, gozan de todos aquellos que las leyes contemplan en favor de las personas, además de aquellos específicos de su edad.*";

Que, el artículo 27 del Código de la Niñez y Adolescencia reconoce que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual;

Que, el Código Orgánico Administrativo preceptúa: "*Art. 130- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. (...).*";

Que, la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, establece: "*Art. 10.- Tipos de violencia.- Para efectos de aplicación de la presente Ley y sin perjuicio de lo establecido en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en el Código Orgánico Integral Penal y la Ley, se consideran los siguientes tipos de violencia: (...) c) Violencia sexual.- Toda acción que implique la vulneración o restricción del derecho a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, (...). También es violencia sexual la implicación de niñas y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a ellas, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une a la niña o*

adolescente, por su ubicación de autoridad o poder; el embarazo temprano en niñas y adolescentes, el matrimonio en edad temprana, la mutilación genital femenina y la utilización de la imagen de las niñas y adolescentes en pornografía (...); g) Violencia gineco-obstétrica.- Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico.";

Que, la Ley Ibídem en el artículo 26 señala: *"El ente rector de Salud. Sin perjuicio de las facultades establecidas en la respectiva normativa vigente, tendrá las siguientes atribuciones: (...) d) Garantizar la protección de la salud integral a las mujeres embarazadas, víctimas de violencia. De manera prioritaria se protegerá la salud integral de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violencia y el acceso a todos los servicios de salud sexual y reproductiva existentes en el Sistema Nacional de Salud. El embarazo temprano en niñas y adolescentes será considerado de alto riesgo; (...); j) Asegurar, en la Red pública de salud integral, la atención integral y emergente de salud en situaciones de violencia sexual; (...) r) Asegurar atención especializada para las niñas y adolescentes, víctimas de violencia sexual, garantizando exámenes y tratamientos para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y embarazo no planificado a causa de violencia, con consideración de protocolos especializados en salud adolescente, examen y tratamiento para trauma físico y emocional, recopilación de evidencia médica legal que considere su especificidad y necesidades; (...) s) Fortalecer los protocolos de atención integral a favor de mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia, en el marco del Sistema Nacional de Salud; (...).";*

Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 485 expedido el 7 de julio de 2022, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 111 de 22 de julio de 2022, el Presidente Constitucional de la República designó al doctor José Leonardo Ruales Estupiñan, como Ministro de Salud Pública;

Que, la Sentencia Nro. 003-18-PJO-CC de 27 de junio de 2018 emitida por la Corte Constitucional del Ecuador, entre las reglas vinculantes que se encuentran establecidas en el Acápite *"Decisión"*, señala: *"La autoridad tuitiva de los padres, madres o de cualquier persona encargada del cuidado de niñas, niños y adolescentes, cesa el momento en el que el ejercicio de la obligación de cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, vulnera su derecho a la información, a la educación y a la salud sexual y reproductiva, transgrediendo los principios constitucionales de su interés superior, su derecho a ser consultados en los asuntos que les afecten, y su calidad de sujetos de derechos, activando la intervención del Estado como un "salvador externo" que imponga medidas que operen a favor del efectivo ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes.";*

Que, el informe técnico No. PPENA-2022-060 de 26 de octubre de 2022, elaborado en el Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes y aprobado por el Subsecretario de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad y por el Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud señala entre los *"Antecedentes y Justificación"* que: *"(...) el PPENA en coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas Ecuador (UNFPA), mediante una consultoría elaboró el "Manual de Atención Integral para Niñas y Adolescentes Embarazadas Menores de 15 años de Edad"; su elaboración tiene en cuenta la norma vigente, el enfoque multidisciplinario y el conocimiento científico, además convoca para su implementación, una perspectiva objetiva, libre de prejuicios de toda índole. (...).*
Este manual busca estandarizar la atención integral de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años, para que los profesionales de salud brinden orientación, asesoría sobre las opciones que tienen frente al embarazo y el acompañamiento en la toma de decisiones conforme el marco legal y normativo, y se promueva el ejercicio y restitución de los derechos de las niñas y adolescentes, para garantizar la protección de su salud integral a través del acceso efectivo a los servicios de salud.";

Que, en el referido informe técnico respecto a las validaciones se menciona que: *"Para el proceso de validación del manual "Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad", se conformaron equipos de expertos en atención a niñas y adolescentes embarazadas, anticipadamente se remitió el documento preliminar para su análisis y emisión de observaciones previo a la asistencia al taller de validación por pares, tanto para validación interna como externa."*;

Que, el informe ibidem entre otros aspectos concluye que: *"Los procesos de revisión, validación y los aportes emitidos por los expertos desde las distintas instancias del Ministerio de Salud Pública, la academia, organizaciones de cooperación internacional y sociedad civil, permitieron elaborar un documento con bases sólidas que oriente a los profesionales de salud para la atención a niñas y adolescentes embarazadas."*; y, recomienda, contar con un marco normativo con la información más actualizada y basada en evidencia científica, que les permita a los profesionales de la salud garantizar la atención integral a niñas y adolescentes embarazadas, con el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva; y,

Que, mediante memorando No. MSP-VGS-2022-1380-M de 30 de noviembre de 2022, la Viceministra de Gobernanza de la Salud solicito al Coordinador General de Asesoría Jurídica, que se realicen los trámites necesarios para la emisión del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del Manual *"Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad"*, que tiene por objetivo general proveer

a las y los profesionales de la salud, un instrumento para la atención oportuna, integral y de calidad a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad.

Artículo 2.- Disponer que el Manual *"Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad"* sea de cumplimiento obligatorio por todos los profesionales de la salud que brindan atención a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.

Artículo 3.- Publicar el Manual *"Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad"* en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a las Unidades de Provisión y Calidad de los establecimientos de salud de las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud o quienes haga sus veces.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 17 DIC. 2022

JOSE LEONARDO RUALES ESTUPINAN

REPUBLICA DEL ECUADOR MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Dr. José Ruales Estupiñan
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Razón: Certifico que el presente documento es materialización del Acuerdo Ministerial Nro. 00066-2022, dictado y firmado por el señor Dr. José Leonardo Ruales Estupiñan, **Ministro de Salud Pública**, el 17 de diciembre de 2022.

El Acuerdo en formato digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Lo certifico.-

Firmado electrónicamente por:
CECILIA IVONNE ORTIZ

Mgs. Cecilia Ivonne Ortiz Yépez
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dr. José Ruales, Ministro de Salud Pública
Mgs. María Aguinaga, Viceministra de Gobernanza de la Salud
Mgs. Carmen Guerrero, Viceministra de Atención Integral en Salud
Mgs. Sandra Salazar, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud
Mgs. Andrea Prado, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados
Esp. Cristina Aldaz, Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel
Mgs. Manuel Mancheno, Subsecretario de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad
Mgs. Andrés Viteri, Director Nacional de Políticas Normatividad y Modelamiento de Salud
Mgs. Mercedes Allauca, Gerente del Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes

Equipo de redacción y autores

Lisintuña Daniela, obstetriz, analista, Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, Ministerio de Salud Pública, Quito
Masabanda Marcela, obstetriz, equipo consultor, Quito
Guijarro Susana, doctora en medicina, equipo consultor, Quito
Gutiérrez Ricardo, médico especialista en pediatría, equipo consultor, Quito
Naranjo Jorge, doctor en medicina, equipo consultor, Quito

Equipo de colaboración

Álvarez Chávez Marcia, médica especialista en pediatría, oficial de salud sexual y reproductiva, UNFPA, Quito
Valladares Tayupanta Lola, abogada, oficial de género, derechos humanos e interculturalidad, UNFPA, Quito
Alvarado Rodríguez Daniela, psicóloga clínica, oficial de contextos humanitarios y juventudes, UNFPA, Quito
Moya Herrera Miriam, magister en gerencia en salud para el desarrollo local, coordinadora proyecto SART, Quito
Escobar García Alexandra, master en estudios de desarrollo, población, pobreza y desarrollo social, oficial de política social, UNICEF, Quito
Vera Sánchez Ana, abogada, SURKUNA, Quito.

Equipo de revisión y validación

Pozo Gutiérrez Verónica, licenciada en ciencias de la enfermería, especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito

Rojas María, licenciada en trabajo social, responsable de gestión social, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Arévalo García Doris, psicóloga clínica, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Arroyo Mora Marlene, médica especialista en ginecología y obstetricia, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Calderón Jumbo Carmen, licenciada en enfermería, responsable de obstetricia, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Cofre Changoluisa Paulina, licenciada en trabajo social, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Jácome Artieda Patricio, doctor especialista en ginecología y obstetricia, coordinador médico de la unidad de adolescencia, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

López Silva Narciza, licenciada en trabajo social, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

López Veintimilla Paola, economista, responsable de la unidad de admisiones, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Zurita Sánchez Cecilia, doctora en psicología clínica, responsable de rehabilitación y terapia en salud mental, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Masache Paredes José, doctor especialista en ginecología y obstetricia, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito

Carrera Bonifaz Yesenia, médica especialista en ginecología y obstetricia, líder de consulta externa, Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora, Quito

Santín González Vanessa, magister en neuropsicología infantil, líder de rehabilitación y terapia en salud mental, Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora, Quito

Landázuri Galarza Betty, obstetriz, magister en salud pública, Centro de Salud Promoción Familiar, Dirección Distrital 17D06, Quito

Vinueza Granda Verónica, obstetriz, administradora técnica, Centro de Salud Oriente Quiteño, Quito

Zurita Yandún Solange, magister en gerencia clínica en salud sexual y reproductiva, experto distrital de promoción de la salud e igualdad, Dirección Distrital 17D06, Quito

Castro Toledo Nube, magister de la ciencia en liderazgo, Centro de Salud San Antonio de Pichincha, Quito

Narváez Rosero Alba, médica especialista en pediatría, Centro de Salud Cotocollao, Quito

Guevara Armijos Jorge, médico especialista en ginecología y obstetricia, Hospital Básico Machachi, Quito

Martínez Paneluisa Barbie, psicóloga clínica, Hospital Básico Machachi, Quito
Proaño Alcívar Diana, psicóloga, responsable de salud mental, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito

Calle Zambrano Wilma, obstetriz, especialista, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Quito

Illapa Idrovo Mariela, magister en salud sexual y reproductiva, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito

Oña Espinel Norma, psicóloga clínica, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito

Tiupul Carrillo Rosa, médica, especialista, Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Quito

Simbaña Chifla Verónica, licenciada en gestión para el desarrollo local sostenible, especialista, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Quito

Rosillo Troya Danilo, ingeniero en administración de procesos, analista, Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional, Quito

Zambrano Arrieta Gabriela, magister en ciencias sociales con mención en género y desarrollo, analista, Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, Quito

Barreno Tixe Diana, magister en gerencia de salud para el desarrollo local, especialista, Dirección Nacional de Hospitales, Quito

Chiriboga Arguello Roberto, doctor en medicina y cirugía, Quito

Raza Amaya Ximena, magister en Salud Pública, Quito

Medina Moreno Cecilia, magister en género y desarrollo, Quito

Gavilánez Medina Patricia, magister en gerencia de servicios de salud, Quito

Bustamante Torres Johana, magister en neuropsicología infantil, docente necesidades educativas especiales, Universidad Central del Ecuador, Quito

García García Mónica, doctora especialista en ginecología y obstetricia, coordinadora del postgrado ginecología y obstetricia, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito

Rivadeneira María, doctora en medicina y cirugía, directora Promoción de la Salud, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito

Torres Castillo Ana, master en estudios de género, directora Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito

Rodríguez Estefanía, doctora en medicina y cirugía, Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito

Rodríguez Sonia, psicóloga, Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer, CEPAM, Guayaquil

Cabrera Villón Carola, magíster en población y desarrollo local sustentable, Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer, CEPAM, Guayaquil

Peralta Zambrano Aidé, abogada, Fundación Colectivo Pro Derechos Humanos PRO-DH, Quito

Cabrera Paredes Mary, especialista en población y desarrollo local sustentable,

SENDAS, Cuenca

Miranda Ruiz Octavio, doctor especialista en ginecología y obstetricia, presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos del Ecuador, CODESER, Ambato

Samaniego Díaz Rosa, psicóloga clínica, coordinación Nacional de Promoción y Prevención de salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Armas Guadalupe Jacqueline, magister en administración de salud, analista Promoción de la Salud de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Policía Nacional

Contenido

1. Presentación 18
2. Introducción 19
3. Antecedentes y justificación 20
4. Objetivos 20
   4.1 Objetivo general 20
   4.2 Objetivos específicos 20
5. Alcance 23
6. Glosario de términos 23
7. Desarrollo 27
8. Abreviaturas 66
9. Referencias 67
10. Anexos 68

1. Presentación

El embarazo en niñas y adolescentes, está directamente relacionado con varias formas de violencia basada en género, entre ellas la violencia sexual que evidencia la desigualdad y la injusticia social, que genera un impacto social, económico y cultural, debido a los vínculos entre fecundidad temprana, exclusión y pobreza.

En el Ecuador todavía se presentan brechas para el ejercicio pleno de los derechos de niñas y adolescentes, los cuales están determinados por inequidades económicas, de género, sociales y étnicas en este grupo poblacional. Por estos motivos, es importante evidenciar en el marco de las políticas públicas el tema del embarazo adolescente como una problemática de salud pública y una violación a los derechos humanos.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), en calidad de Autoridad Sanitaria Nacional y como ejecutor directo de la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025, la cual tiene como finalidad - contribuir a la prevención y reducción del embarazo en niñas y adolescentes, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, del derecho a la integridad personal, del derecho a una vida libre de violencia, así como la obligación del Estado de proteger a las niñas y adolescentes contra toda forma de violencia basada en género incluida la violencia sexual-, a través del (Proyecto de prevención del embarazo en niñas y adolescentes) ejecuta procesos integrales que incorporan acciones de promoción, prevención, atención, protección y restitución de derechos para esta población.

En este contexto, se presenta el manual de Atención integral para niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, cuyo contenido está orientado a brindar una atención de salud integral con calidad y calidez, acorde al marco normativo vigente.

Dr. José Ruales Estupiñan
Ministro de Salud Pública

2. Introducción

Las y los adolescentes están configurando el presente y el futuro de la humanidad. Según las oportunidades y las opciones que tienen durante este período de la vida, pueden ingresar a la adultez como ciudadanos empoderados y activos, o estar desvalorizados, sin poder de opinión e inmersos en la pobreza. (1)

Cuando una niña o adolescente no desarrolla su potencial, toda la sociedad pierde, por el contrario, cuando ellas pueden ejercer sus derechos, mantenerse sanas, completar su educación y tomar decisiones sobre su vida, llevarán una vida más productiva y tendrán mejores condiciones económicas, lo que, a su vez contribuirá a tener un mejor futuro. (1)

La Organización Mundial de la Salud, señala que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (2), es decir, un conjunto de factores que contribuyen a un estado de equilibrio en las personas.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, edad, religión, ideología política o condición económica o social. (2) La salud y el bienestar de las niñas y adolescentes son motores de cambio en el impulso constructor de sociedades más saludables y más sostenibles.

El embarazo en niñas y adolescentes, constituye un problema sanitario y de derechos humanos, que conlleva graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales. (1) Cuando una niña o adolescente enfrenta un embarazo, su presente y futuro cambian radicalmente, pierden el acceso a la educación, afectan su proyecto de vida, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza.

Es así que cabe mencionar, que conforme el Código Orgánico Integral Penal (COIP) del Ecuador, en el Art. 171 señala como violación, el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad (…) en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse.
2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación.
3. Cuando la víctima sea menor de catorce años (...)” (3)

En este contexto, es fundamental considerar el vínculo frecuente entre la vulneración de derechos, la violación, y el embarazo adolescente, particularmente en este grupo etario.

A través del presente instrumento normativo, el Ministerio de Salud Pública, busca proporcionar a las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, la protección de su salud integral a través del acceso efectivo a los establecimientos de salud, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva, apoyo psicosocial en todo el Sistema Nacional de Salud y la articulación con el sistema de protección y justicia.

3. Antecedentes y justificación

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante; sin embargo, en la adolescencia conlleva una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud integral y la vida de la niña, la adolescente o del recién nacido. (5,6) Solo mediante un enfoque integral basado en los derechos humanos será posible superar los retos variados y complejos que se plantean en relación con la salud de la niña y adolescente embarazada, que no deben ser considerados solamente en términos del presente, sino también a largo plazo, por las complicaciones que conlleva. (7)

La mayoría de los embarazos en adolescentes, suelen centrarse en el grupo de edad de 15 a 19 años. Sin embargo, el grupo poblacional más vulnerable y que enfrenta mayor riesgo de complicaciones y muerte debido al embarazo y el parto, son aquellas menores de 15 años de edad. (1)

Históricamente, el embarazo en niñas y adolescentes en menores de 15 años de edad ha sido invisibilizado por estigma, ocultamiento y falta de información estadística. Sin embargo, en los últimos años ha tenido mayor visibilidad, y se ha convertido en una preocupación social y de política pública. (8)

Es importante señalar que el embarazo en adolescentes puede ser el resultado de una violencia sexual, que conlleva a una violación de derechos humanos, por lo tanto, la maternidad temprana se identifica como un elemento para la perpetuación de los ciclos de pobreza, debido a que provoca exclusión o interrupción escolar, con lo que se limitan las oportunidades de empleo digno, sobre todo para las mujeres, incrementa el número de hogares monoparentales, con predominancia de jefaturas femeninas. (9)

Las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, enfrentan mayores riesgos de sufrir graves complicaciones de salud, debido a la inmadurez fisiológica. La gestación en niñas y adolescentes se asocia a complicaciones obstétricas, a la práctica de abortos en condiciones inseguras y a la mortalidad. (9) Además, que se suman las condiciones socioeconómicas desfavorables.

La responsabilidad frente a este problema social y de salud pública, les corresponde a todos los sectores sociales del Estado; sin embargo, el rol del sector salud es determinante en su abordaje. (10) En primer lugar, para la prevención es imprescindible su liderazgo en la formulación e implementación de

políticas, programas, acciones y servicios orientados a la remisión de los factores que concurren en su causalidad, que tengan como eje principal la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos. En segundo lugar, la atención integral de las niñas o adolescentes que decidan continuar su embarazo proporcionando respuestas oportunas y de calidad de acuerdo a sus necesidades de salud y las del recién nacido y, en tercer lugar, se considera la atención integral a niñas y adolescentes que deciden no continuar con su embarazo, conforme al marco legal vigente.

Así mismo, las niñas y adolescentes embarazadas tienen mayor probabilidad de sufrir problemas y trastornos de salud mental. A nivel mundial, la depresión es la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y la decimoquinta entre los 10 y los 14 años. Uno de los principales factores de riesgo para cuadros depresivos, conductas de riesgo (consumos de alcohol y drogas) ideación e intentos de suicidio, es la violencia sexual o enfrentar una maternidad forzada o no deseada. (11)

La Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres en su artículo 26 señala que el embarazo temprano en niñas y adolescentes será considerado de alto riesgo, y que de manera prioritaria se protegerá la salud integral de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violencia. Lo cual permite poner a disposición de la niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad, todos los recursos disponibles, de acuerdo con su condición de salud, a partir de información veraz, completa y oportuna que le sea brindada por el equipo de salud multidisciplinario; para que pueda, en libertad de conciencia, realizar un ejercicio autónomo y consciente y determinar su intención reproductiva del embarazo en curso. (12)

A la Autoridad Sanitaria Nacional le corresponde superar los factores que impiden el acceso oportuno a los servicios de salud de las niñas, adolescentes y sus familias. (12)

La elaboración de este manual se basa en el reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y derechos reproductivos de las niñas y adolescentes, bajo el contexto del marco normativo vigente, el enfoque multidisciplinario y el conocimiento científico disponible actualizado, y convoca para que su implementación sea desde una perspectiva objetiva, libre de prejuicios de toda índole.

Este manual también incluye una propuesta de modelo de consulta para asesorar a las niñas y adolescentes sobre las opciones que tienen frente al embarazo y el acompañamiento en la toma de decisiones.

Adicionalmente, se brinda orientación a las y los profesionales de salud para que actúen, conforme al marco legal y normativo, ante el embarazo de niñas y adolescentes que han sido o son víctimas de violación, siendo más vulnerables las

niñas y adolescentes que viven en zonas de conflictos o desplazamiento, personas con discapacidad y/o que pertenecen a etnias cuya cultura pueda estimular la maternidad temprana en contra de su voluntad.

A través de la articulación del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, y la coordinación intersectorial e interinstitucional permitirá garantizar un abordaje integral y de esta manera ofrecer una atención de calidad, humanizada y de respeto a los derechos de las niñas y las adolescentes.

En este sentido, se busca estandarizar la atención integral de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad. Aun cuando el instrumento hace énfasis en este grupo poblacional, será de utilidad en la atención de adolescentes mayores de 15 años que comparten condiciones de vulnerabilidad.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Proveer a las y los profesionales de la salud un instrumento para la atención oportuna, integral y de calidad a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, acorde al marco normativo vigente.

4.2 Objetivos específicos

1. Establecer el rol de las y los profesionales de la salud, respecto de la atención a las niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, con el fin de garantizar los derechos a su salud integral.

2. Definir rutas y procedimientos, ágiles y oportunos para garantizar la captación, atención, notificación, referencia, derivación, y seguimiento de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad.

3. Promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el derecho a una vida libre de violencia, y a la reparación y restitución de los derechos de las niñas y adolescentes.

5. Alcance

La aplicación de este manual es de carácter obligatorio para las y los profesionales de salud, que brindan atención a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

6. Glosario de términos

Adolescencia: periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es una etapa única y formativa en la cual transcurren múltiples cambios físicos, emocionales y sociales. (13)

Asentimiento: proceso mediante el cual un paciente menor de 18 años de edad, expresa su aceptación afirmativa para someterse a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico o participar en un ensayo de investigación terapéutico, se da un diálogo entre el médico y el paciente menor en donde se explicita en forma clara, simple y acorde a su edad, la información necesaria para que pueda aceptar libremente. (14)

Coerción sexual: tipo de conducta que se ejerce para forzar a otra persona a

tener relaciones sexuales sin su consentimiento. (15)

Consentimiento informado en la práctica asistencial: es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente, por el cual una persona autónoma de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. (16)

Edad ginecológica: es el tiempo transcurrido entre la primera menstruación (Menarquia) de la niña y su edad cronológica. (17)

Entorno protector: es aquel en el cual los niños, niñas y adolescentes adquieren las mejores herramientas posibles para la construcción de su vida, disfrutando de oportunidades para desarrollar su capacidad individual en un entorno seguro y propicio. Es decir, un espacio seguro de participación, expresión y desarrollo. (18)

Período intergenésico: es aquel tiempo que se transcurre entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio de la siguiente gestación. (17)

Principio de autonomía progresiva: es la capacidad del niño, niña o adolescente de ejercer sus derechos a medida de su desarrollo mental y físico con la evolución de sus facultades, lo cual implica que todos sus derechos humanos deben ser reconocidos, respetados y garantizados, sin estar condicionados a su edad. (19)

Principio de interés superior: es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento. En materia de derechos sexuales y derechos reproductivos es importante tener presente que el interés superior de los niños, niñas y adolescentes está por encima incluso del deseo de sus padres, madres o cuidadores. La Corte Constitucional del Ecuador, en la Sentencia N.° 003-18-PJO-CC Caso N.° 0775-11-.TP, señala que el Estado es garante de este interés superior y es de obligatorio cumplimiento. (20)

Revictimización: son nuevas agresiones, intencionadas o no, que sufre la víctima durante las diversas fases de atención y protección, así como durante el proceso judicial o extrajudicial, tales como: rechazo, indolencia, indiferencia, descalificación, minimización de hechos, retardo injustificado en los procesos, credibilidad, culpa, desprotección, negación y/o falta injustificada de atención efectiva, entre otras respuestas tardías, inadecuadas o inexistentes, por parte de instituciones estatales competentes. (12)

Riesgo biopsicosocial: comprende uno o todos los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en desequilibrio y suponen un riesgo para la salud

o la vida de las personas. Para crear la Escala de Riesgo Biopsicosocial Prenatal (RBP) se combinan las escalas de riesgo obstétrico de Morrison & Olson y las

variables psicosociales (ansiedad y soporte social). (21)

Violencia basada en género: es un término genérico para cualquier acto perjudicial incurrido en contra de la voluntad de una persona, y que está basado en diferencias socialmente adjudicadas (género) entre mujeres y hombres. (22)

Violación: Es el acceso carnal, con introducción parcial o total del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. (3)

Violencia gineco-obstétrica: se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en los documentos normativos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico. (12)

Violencia sexual: es toda acción que implique la vulneración o restricción de derechos a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas análogas. (12)

7. Desarrollo

1. ¿Por qué el embarazo en niñas y adolescentes es un problema social y de salud pública?

El embarazo en la niñez y adolescencia se considera como un problema de salud pública debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que tiene en la salud de la madre y del hijo o de la hija, tiene una estrecha relación con los contextos de pobreza, exclusión social y con la violencia basada en género que afecta de manera desproporcionada a las niñas y adolescentes que ya están marginadas, y se ve agravado por la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. (9)

Muchas de las niñas y adolescentes que se quedan embarazadas ya han dejado

la escuela o se ven obligadas a dejarla debido a su embarazo, lo cual trasciende de modo considerable a largo plazo en sus oportunidades educativas y laborales, seguridad económica y capacidad para participar en la vida pública y política. (9)

En este contexto, el embarazo en la niñez y adolescencia contribuye a mantener los ciclos intergeneracionales de pobreza, exclusión y marginación, pues sus hijos e hijas también tienen mayor riesgo de pobreza y resultados deficientes en materia de salud, incluido el embarazo precoz. (9)

2. ¿Cuáles son las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes?

En el año 2021, se registraron un total de 1.843 nacidos vivos, hijos de adolescentes de 10 a 14 años de edad que corresponden a una tasa específica de fecundidad de 2,2 nacidos vivos por cada 1000 niñas de ese rango de edad. (23) En adolescentes de 15 a 19 años, se registraron un total de 39.486 nacidos vivos, que corresponden a una tasa de 49.4 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de ese rango de edad. (23)

En este contexto, es evidente que el embarazo en las niñas y adolescentes es una problemática de gran dimensión ocasionada por riesgos psicosociales, económicos y culturales que pueden no siempre provocar la muerte física de la adolescente, pero que comprometen el desarrollo de una vida digna, tiene múltiples consecuencias en distintos niveles, desde el personal, familiar, comunitario y social a las que se suman las consecuencias legales - procesos judiciales. (24)

Además, tiene riesgos para su salud mental y su salud social, los embarazos que ocurren en adolescentes menores de 15 años de edad son producto de violación, fenómeno que además de cobrar especial notoriedad social, constituye también un delito. (25)

Frecuentemente, están expuestas a coerción sexual, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y adolescentes a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad, en ocasiones la niña o adolescente afectada no lo identifique como una violación, aunque haya sido una situación contra su voluntad pero (aceptada) por no haber podido oponerse.
Estas situaciones son muy frecuentes en la primera relación sexual de la niña o adolescente, cuando hay una diferencia de edad significativa con la edad del hombre. (25)

Bajo estas circunstancias, las niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas enfrentan una maternidad no planificada porque en muchos países de la región el aborto está penalizado y el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva son limitados. (25)

Las implicaciones y consecuencias del embarazo en las niñas y adolescentes son

múltiples y tienen que ver con la salud en general, la salud mental, los derechos humanos, el desarrollo social, y cultural, la autonomía, la dignidad y la vida truncada de una persona. (26)

Consecuencias para la salud

Las niñas y adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna como resultado de factores biológicos como la maduración insuficiente del aparato reproductor.

Entre las complicaciones más comunes en este grupo de edad, se presentan anemia, hiperémesis gravídica, o infecciones de vías urinarias y vaginales, con mayor vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS) por motivos biológicos, puesto que no han completado el desarrollo evolutivo del epitelio protector del tracto genital inferior. También se presentan complicaciones más severas, entre ellas, el riesgo de abortos espontáneos, preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas y parto prematuro, con una mayor probabilidad de presentar hemorragias posparto, infecciones uterinas y lesiones del piso pélvico. (27)

Los hijos de adolescentes tienen de dos a siete veces más riesgo de sufrir bajo peso para la edad gestacional, complicaciones perinatales, neonatales y mayor riesgo de muerte que va un aumento a medida que disminuye la edad materna. (26)

Los hijos de madres niñas o adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retraso en el desarrollo físico y emocional. En la etapa de la niñez pueden desarrollar trastornos del aprendizaje y de la conducta, desescolarización y conductas de riesgo cuando alcanzan la adolescencia. (26)

Consecuencias psicosociales

Desde el punto de vista psicosocial, las niñas y adolescentes que sufren una violación, pasan por una serie de circunstancias tanto por la violencia sexual como por el embarazo, generan cuadros de depresión, temor, tristeza, enojo, culpa, pensamientos recurrentes sobre la situación vivida, intranquilidad, miedo y vergüenza, generando un alto impacto en su salud, presentando riesgos específicos para la salud mental, una maternidad forzada y la carga de responsabilidad que implica el cuidado de un/a recién nacida/o. (25)

Su salud mental se ve comprometida y requiere especial cuidado, se debe prevenir y diagnosticar de manera oportuna la depresión durante la gestación, así como en el posparto. La depresión se ha incrementado en este grupo etario en general, y está especialmente relacionada con maltrato, violencia y disfunción familiar; en este escenario es evidente que hay un terreno que propicia, en niñas y

adolescentes, alta vulnerabilidad para sufrir alteraciones psíquicas. Además, sus hijos también se verán afectados en sus condiciones de cuidado y crianza. (25,28)

El embarazo en estas circunstancias supone una situación de estrés, ya que amenaza su proyecto de vida, y la enfrenta al riesgo de pobreza, mayor violencia y discriminación. (29)

El embarazo en niñas y adolescentes genera consecuencias económicas y sociales no solo para las madres, sino también para sus familias. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela y cambiar su plan de vida, tienen menor acceso a la educación, por lo tanto, menores capacidades, habilidades y oportunidades para insertarse al mercado laboral, lo que tiene un costo económico para el país, por la menor productividad y los consiguientes ingresos son menores. (30)

Según el estudio "Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador – MILENA 1.0, las mujeres que son madres en la vida adulta, tienen una probabilidad del 6% de terminar la escolaridad (primaria y secundaria), y es aún más alta de llegar al nivel de educación superior (11% más), en relación con las mujeres que son madres en la adolescencia. (30)

3. ¿En qué consiste el abordaje ecológico del embarazo en niñas y adolescentes dispuesto en la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (PIPENA)?

El abordaje ecológico analiza los factores que influyen en el embarazo en niñas y adolescentes y su interacción, permite comprender de manera integral sus causas y consecuencias, para desarrollar estrategias intersectoriales efectivas, basadas en la evidencia, no solo para reducir el número de embarazos, sino también para mejorar las condiciones de vida de este grupo poblacional.

Este abordaje permite incidir sobre los riesgos que incrementan la probabilidad de embarazos en la adolescencia y fortalecer los factores protectores que lo reducen. (31) Estos se ubican en los diferentes niveles relacionados con la vida de las y los adolescentes, los cuales se ubican en los diferentes niveles relacionados con su vida como: 1) Macro/institucional; 2) comunitario; 3) pares; 4) ámbito escolar o laboral; 5) familiar; y 6) individual. (31)

Gráfico 1. Abordaje ecológico para embarazo en niñas y adolescentes

Tomado de: Maternidad en la niñez enfrentar el reto del embarazo en adolescentes UNFPA, 2013

Se resalta la necesidad de la articulación intersectorial para que las niñas y adolescentes, especialmente aquellas que han sido víctimas de violencia sexual puedan recibir una atención integral que incluya la restitución de los derechos vulnerados y la garantía de no repetición del evento.

La PIPENA dispone a las cuatro Carteras de Estado (Salud, Educación, Inclusión Económica y Social; y, Derechos Humanos) Proteger y restituir los derechos de niñas y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad especialmente en embarazadas menores de 14 años, víctimas de violencia sexual y discapacidad". (31)

El presente manual constituye una respuesta desde el sector salud a la disposición establecida en la PIPENA frente a la garantía de la salud integral de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, teniendo como eje principal el ejercicio pleno de su derecho constitucional a la salud, incluyendo sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

4. ¿Qué dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud integral de niñas y adolescentes?

Los tres objetivos generales de la "Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, consisten en sobrevivir, prosperar y transformar, orientada a apoyar a los países para que ninguna mujer, ningún niño o niña y ningún adolescente corra más riesgo de muerte prevenible por vivir donde viva o por ser quien es. (7)

Pero poner fin a la mortalidad prevenible solo es el comienzo, al contribuir a crear un entorno propicio para la salud, la Estrategia Mundial aspira a transformar las sociedades de manera que las mujeres, los niños y niñas y adolescentes de todo el mundo puedan alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar, a partir del pleno ejercicio de sus derechos. Esto, a su vez, traerá consigo enormes beneficios sociales, demográficos y económicos. (7)

5. ¿Qué nos dice el Modelo de Atención Integral en Salud y la actual política pública de salud sexual y reproductiva frente a la garantía de la salud integral de las niñas y adolescentes embarazadas?

El "Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva - (PNSSSR), incluye causas estructurales, determinantes sociales y lineamientos estratégicos que permiten abordar de manera integral los diferentes aspectos de la salud sexual y salud reproductiva (SSSR) en el marco del - Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) vigente en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). (32,33)

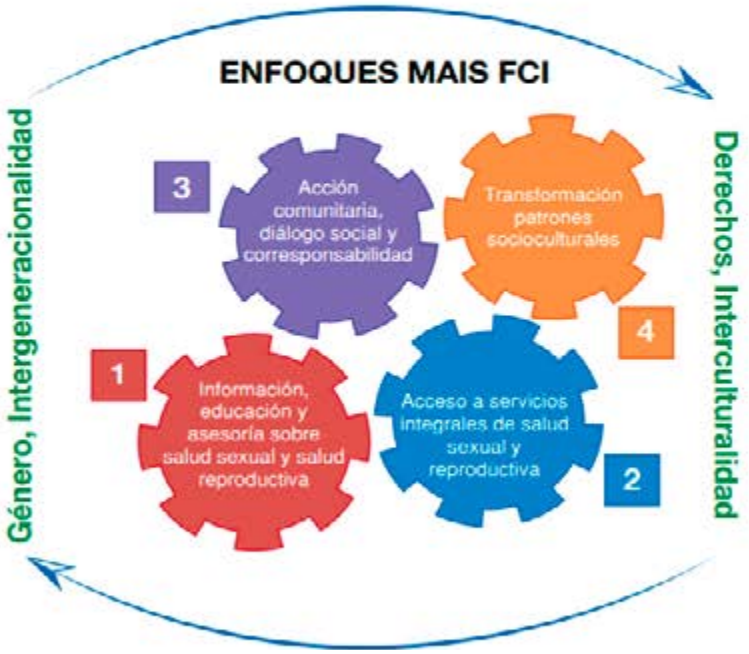


Gráfico 2. Marco conceptual y enfoques del MAIS - FCI

Tomado de: Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ecuador

El PNSSSR está basado en los enfoques en salud propuestos en el MAIS-FCI: derechos humanos, igualdad, género, interculturalidad, intergeneracional, inclusión social, promoción, participación y ciudadanía, considerando la diversidad étnica y cultural; etaria, identidad sexo genérica, de procedencia geográfica; y situación socio-económica.

6. ¿Cuáles son los enfoques para la atención integral a las niñas y adolescentes embarazadas?

Los enfoques con los que se atenderá a niñas y adolescentes embarazadas serán los establecidos en el MAIS-FCI: (33)

Enfoque de derechos

Reconoce a las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, como personas titulares de derechos humanos, universales, inalienables, intransferibles, interdependientes e indivisibles que generan obligaciones por parte del Estado, que debe respetar, proteger, garantizar y crear condiciones para el pleno ejercicio de los mismos. (34) Es el principio que genera la dinámica e interrelación entre diferentes actores sociales, con la finalidad de potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos.

Enfoque de igualdad

La igualdad supone "garantizar la realización plena de nuestros proyectos de vida, en condiciones de igualdad de oportunidades, de equidad y justicia social, respetando las diversidades en un Estado Plurinacional e Intercultural. Para el caso de las niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, es vital la reestructuración de su proyecto de vida.

Este enfoque requiere esquemas que permitan reducir las inequidades y desigualdades sociales. Tiene como objetivo reducir la exclusión erradicando cualquier tipo de discriminación. (32)

Enfoque de género

Propone el análisis social y la modificación de las relaciones de poder económicas, políticas, sociales y culturales entre hombres y mujeres de manera que exista igualdad en el ejercicio de derechos, en el acceso a beneficios, recursos y oportunidades. (32) Para el caso de la atención en salud y cuidado a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años, es crucial incluir el enfoque de género toda vez que implica el reconocimiento y respeto de las diferencias entre hombres y mujeres.

Enfoque inter-generacional

Implica el reconocimiento de las diferencias de poder y de las necesidades existentes entre los diversos grupos etarios. La inclusión de este enfoque implica la necesidad de superar falsas creencias en torno a la sexualidad de grupos etarios específicos como los adolescentes, adultos mayores, niñas y niños. El enfoque intergeneracional propone una reflexión y transformación del adultocentrismo existente en la sociedad y que se reconozca la capacidad de,

niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores para tomar decisiones adecuadas sobre su vida sexual. Pero también implica la comprensión de la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano integral, durante todos los ciclos de vida. (33)

Enfoque de interculturalidad

Plantea el reconocimiento de las relaciones que pueden establecerse entre culturas diversas. Aborda la inequidad de las poblaciones según sus identidades culturales, diferenciando los aspectos globales y locales que hacen que las mismas se reflejen en las condiciones y los condicionantes de la salud, y el abordaje de la sexualidad. Este enfoque busca promover mecanismos específicos que fortalezcan la atención integral en salud, tomando en cuenta las diferencias culturales para que sean respetuosas de sus prácticas e identidades. Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas. (33)

Enfoque de inclusión social

Hace referencia al derecho de todas las personas a vivir una vida libre de discriminación. Así mismo, incorpora, a todas las personas históricamente excluidas, incluyendo personas con discapacidades en todos los procesos, de promoción, prevención, atención, rehabilitación, protección y restitución de derechos. Exige la capacidad de identificar y nombrar las situaciones de injusticia que fomentan la desigualdad en los grupos sociales, a fin de evitar toda forma de discriminación respetando las diversidades. (35)

Enfoque de movilidad humana

Se considera movilidad humana a los movimientos migratorios que realiza una persona, familia o grupo humano para transitar o establecerse temporalmente o permanentemente en un Estado diferente al de su origen o en que haya residido previamente, que genera derechos y obligaciones. (36) El enfoque de movilidad humana, nos insta a considerar las necesidades diferenciadas y los derechos de las niñas y adolescentes en tránsito o en vocación de permanencia, que migran a nuestro país.

Enfoque interseccional

Resulta esencial para analizar los diversos tipos de opresión, discriminación y las relaciones de poder a las que se enfrentan las niñas y adolescentes, no solo por su sexo/género, sino también según otras razones, etnia, clase, lengua, cultura, sexualidad, procedencia, discapacidad, etc. El objetivo es abordar las múltiples discriminaciones que pueden afrontar y establecer las condiciones necesarias para que puedan disfrutar sus derechos humanos. Es importante, resaltar desde esta mirada, las barreras específicas de niñas y adolescentes que son víctimas de

violencia sexual, trata de personas o de explotación sexual. (37)

Enfoque psicosocial o de salud mental

La salud mental no es un momento específico en la vida de las personas, es todo lo que hacemos, percibimos, sentimos, vivimos esta perspectiva es el - estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las presiones o dificultades usuales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir con su comunidad-.

Se relaciona con el desarrollo integral y en distintas dimensiones, tanto en lo individual, como en lo social permitirá evaluar el proyecto de vida que existe para las niñas y adolescentes, e identificar el nivel de naturalización de la violencia existente en sus vidas y contextos.

7. ¿Cuáles son los instrumentos normativos nacionales más relevantes que garantizan la salud integral de las niñas y adolescentes embarazadas, y aquellos que sustentan el trabajo como profesional de la salud?

El Ecuador, desde el mandato constitucional garantiza la protección y el ejercicio de los derechos humanos, especialmente el derecho a la integridad personal y a una vida libre de violencia en los ámbitos públicos y privados, salud, derechos sexuales y derechos reproductivos, tiene varios cuerpos legales nacionales e internacionales a los cuales debe responder como Estado de manera obligatoria.

El Estado tiene el rol de garantizar el acceso y la atención integral acorde al marco legal vigente, para precautelar los derechos de niñas y adolescentes.

En relación con el embarazo en niñas y adolescentes, son de relevancia los ya citados en la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, emitido mediante Acuerdo Interministerial No 0247 - 2018 y Registro Oficial No. 529 el 29 de agosto de 2018.

Así también es importante mencionar, que de acuerdo a la Sentencia de la Corte Constitucional del Ecuador No. 34-19-IN/21 y ACUMULADOS, desde la cual se establece la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de violación”, toda niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad, que así lo decida, tiene derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, ante los posibles riesgos que la continuación de la gestación tenga para las mismas.

Es así que el Sistema Nacional de Salud dispone de la Guía de Práctica Clínica Atención del aborto terapéutico, con Acuerdo Ministerial No 00005195 y Registro Oficial No. 395 el 12 de diciembre de 2014, que tiene como objetivo (Proveer la atención, diagnóstico, evaluación y tratamiento oportuno del aborto terapéutico,

sustentada en evidencia científica que contribuya a disminuir la morbimortalidad materna y a mejorar la atención de la salud de las mujeres en estas condiciones) (38)

En efecto, será obligación de las y los profesionales de salud en todos los casos, dar información integral a las niñas y adolescentes embarazadas, sobre el acceso a una atención integral de acuerdo a sus necesidades, basado en el ejercicio de transparencia activa, que establece como parte del derecho de acceso a la información en salud, y que ésta sea completa y aborde todas las posibilidades de salud en una situación concreta.

Consentimiento informado en niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, bienestar superior y autonomía progresiva

La normativa legal establece que las niñas y adolescentes, tienen capacidad para recibir información sobre todos los temas relativos a su salud, sexualidad y reproducción (38) y dar su asentimiento y consentimiento informado sobre los procedimientos médicos aplicables.

Se requiere del consentimiento escrito para intervenciones médicas, como: (interrupción voluntaria del embarazo, legrado, ligadura de trompas y/o cesárea) (20). No obstante, estos no pueden vulnerar los derechos de las niñas y adolescentes, siendo que el respeto de su bienestar superior prima sobre el derecho de madres y padres a tomar decisiones sobre la vida de sus hijos e hijas. Todo el resto de intervenciones en salud sexual y reproductiva (por ejemplo, la asesoría en anticoncepción planificación familiar y/o entrega de métodos anticonceptivos), pueden ser consentidas por los adolescentes, quienes son titulares de derechos sexuales y reproductivos. (34)

Siendo que el embarazo y la interrupción voluntaria del embarazo, son decisiones fundamentales que marcan a largo plazo la vida de las niñas y adolescentes, puede existir discrepancia de criterio entre el deseo de la niña o adolescente, y su madre, padre o representante legal, para lo cual se requerirá que se tomen medidas de protección, pues como lo establece la Corte Constitucional del Ecuador, en la Sentencia N.° 003-18-PJO-CC Caso N.° 0775-11-.TP. Cuando la autoridad tuitiva de los padres, madres o cualquier otra persona encargada de su cuidado vulnera su derecho a la información, a la educación, a la salud sexual y reproductiva, está transgrediendo su interés superior, su derecho a ser consultado y su calidad de sujetos de derechos, por lo que se requiere de la acción del Estado como salvador externo para que imponga medidas que garanticen de manera efectiva el ejercicio de los derechos de las y los adolescentes”. (20)

8. ¿Cuáles son las consecuencias de la maternidad forzada en niñas y adolescentes?

Se presentan diversas afectaciones en todas las dimensiones en su vida, en especial en su salud integral. Se resalta el mayor riesgo que enfrentan las niñas y adolescentes con discapacidad, frente a situaciones de violencia, especialmente sexual y la doble vulnerabilidad que implica para ellas el embarazo y la maternidad.

En la mayoría de casos, la violencia sexual produce depresión, ansiedad, tristeza, estrés postraumático, conductas autolesivas, entre otras afectaciones a la salud mental, que pueden prolongarse durante toda la vida e incluso conllevar al suicidio de la víctima, a estas graves secuelas se suma como resultado, un embarazo no deseado. Esto implica más consecuencias para la integridad de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual. (40)

En primer lugar, compromete su cuerpo nuevamente y las revictimiza, pues les son impuestas las transformaciones físicas y fisiológicas comunes a cualquier embarazo y sobre las cuales no tienen control. (40)

En segundo lugar, les somete a posibles riesgos médicos vinculados a complicaciones derivadas del embarazo y la labor de parto. (40)

En tercer lugar, al continuar forzadamente con un embarazo no deseado producto de una violación, se incrementan los trastornos emocionales y psicológicos asociados a la depresión, humillación, vergüenza e impotencia durante las etapas de la gestación. (40)

El embarazo ocasionado por violación tiene consecuencias sociales, generalmente provoca estigmatización y falta de apoyo de sus familias y acarrea que muchas niñas, adolescentes en etapa de escolaridad abandonen sus estudios y cambien su proyecto de vida. (40) Estudios demuestran la relación entre la falta de libertad para elegir la maternidad, el aborto inseguro, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad, las pérdidas de un embarazo, los partos prematuros, la fístula genital producto del parto vaginal, que son causantes de mucho sufrimiento en las mujeres, que eventualmente pueden manifestarse como ansiedad, depresión u otros trastornos. (41)

En Ecuador, las niñas y adolescentes de 10 a 17 años, representan el 18% de la población del país. De ellas, 34% vive en hogares en situación de pobreza por ingresos, porcentaje que llega al 51% en el caso de las que viven en el área rural. Una de las consecuencias de la pobreza es el trabajo infantil, situación en la que se encuentran el 13% de las niñas y adolescentes de 5 a 17 años. A pesar de ser prohibido el trabajo en niñas de 5 a 14 años, el 10% está forzada a trabajar; y si bien las adolescentes de 15 a 17 años pueden trabajar, como consecuencia de esto, en la realidad muchas adolescentes que trabajan no estudian. (42)

La maternidad forzada en niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, las convierte en instrumentos, objetos y víctimas de su capacidad reproductiva y, además, evidencia que el embarazo en niñas y adolescentes no es únicamente un problema de salud reproductiva sino una vulneración de todos los derechos humanos, en el cual el derecho a la vida y a la libertad son los más afectados. (43)

9. ¿Qué se debe hacer y que no se debe hacer al momento de la atención integral a una niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad?

El Sistema Nacional de Salud garantizará una atención integral en salud a las niñas y adolescentes embarazadas, basada en sus necesidades específicas, de acuerdo a la capacidad resolutiva de cada nivel de atención.

El personal de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, atenderá de manera integral a las y los adolescentes, de acuerdo a la “Norma Técnica de Implementación de la Estrategia de Servicios Inclusivos en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional de Salud”, emitida mediante Acuerdo Ministerial No. 0246 - 2018 y Registro Oficial No. 532 el 05 septiembre 2018. (44) Además garantizarán la confidencialidad y privacidad de la atención en un espacio seguro.
En este contexto, se reconocen a las niñas y adolescentes como sujetos de derechos, para lo cual el personal de salud deberá estar sensibilizado, capacitado y con conocimientos, habilidades y comprometido para brindar una atención integral, (45) bajo las siguientes premisas:

1. La atención se realizará libre de prejuicios, creencias o posiciones personales. Es importante establecer empatía y generar una relación de confianza, considerando aspectos psicológicos, sociales, culturales, afectivos, éticos y jurídicos para garantizar su integridad y fortalecer su proyecto de vida. (46)

2. Conocer y ejecutar el cumplimiento de los derechos de las niñas y adolescentes, especialmente de las víctimas de violación; así como también, el marco legal y los documentos normativos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional descritos en este documento.

3. Ser parte activa del proceso de captación y restitución de derechos de las niñas y adolescentes embarazadas, dependiendo del nivel de atención en donde se encuentren.

4. Evitar por todos los medios posibles, la revictimización de las niñas y adolescentes, lo que implica, no realizar interrogatorios sobre el acto de violación o del agresor. (47)

5. Apoyar la capacidad del autocuidado y la recuperación, el acceso a la justicia y la reparación de las niñas y adolescentes siendo parte del proceso de activación de la ruta de protección.

6. Construcción y/o fortalecimiento de redes de apoyo: psicosociales, familiares, de pares y/o comunitarios.

7. Realizar asesoría en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva psicosocial, esta es una prestación que constituye la puerta de entrada a la ruta de atención diferenciada e integral a las niñas o adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad; por lo que requiere sensibilización, capacitación y el tiempo necesario para ejercerla con calidad y calidez por parte del equipo de salud multidisciplinario. (48,49)

8. La asesoría deberá ser oportuna, completa, basada en evidencia científica, acorde al marco legal y normativo vigente sobre las opciones que la niña o adolescente tiene frente al embarazo, incluyendo la interrupción voluntaria.

Cuadro 1. Recomendaciones básicas sobre qué debe hacer y qué no debe hacer en la atención de niñas o adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad

Que se debe hacer	Que no se debe hacer
Sospechar de violación, incluso si el hombre del que la adolescente se quedó embarazada es menor de 18 años.	Asumir una relación sexual consentida (por ejemplo, convocar a la pareja sin conocer los detalles de la relación sexual que produjo el embarazo).
Mostrar empatía, hablar abiertamente, con un lenguaje sencillo y claro. Explicarle que toda situación de embarazo no intencional o forzado implica pensamientos y/o emociones positivas y negativas y cierto grado de confusión; y que hablar al respecto ayuda a disminuir la ansiedad, miedo y angustia.	Idealizar la maternidad en cualquier circunstancia y pretender que la niña o adolescente violentada acoja la maternidad como un mandato. Asumir el deseo de maternidad (por ejemplo, llamarle □mamita□ □señora□) y dejar de hablar con la adolescente sobre todas las posibilidades y sus deseos.
Habilitar espacios que propicien privacidad, confidencialidad y seguridad a las niñas y adolescentes durante todo el proceso, particularmente en la primera aproximación.	Convocar a la madre y/o padre de la adolescente embarazada sin una evaluación de riesgo previa, determinar las circunstancias del embarazo y contar con el consentimiento de la niña o adolescente.
Acompañar la toma de decisiones respecto de la continuidad o no del embarazo, los distintos pasos en la ruta interna en el servicio de salud, así como la ruta de protección integral.	Mostrar fotos, videos, sonidos o detalles técnicos al realizar la ecografía, que no son necesarios para ese fin. Por el contrario, estas prácticas se han considerado tratos crueles y degradantes, sobre todo si la adolescente decide interrumpir el embarazo.
Hacer contención emocional y trabajar de manera integral con otros profesionales y con quien se genere confianza. Hablar con la niña o adolescente embarazada sobre las opciones que tiene frente al embarazo. Abordar su proyecto de vida.	Generar indicaciones o acciones que obstruyan o demoren la referencia, derivación y contrarreferencia y que no garanticen la oportuna atención integral. Emitir juicios de valor o tomar decisiones por las adolescentes.

Reconocer que alrededor de la maternidad de la niña o adolescente puede existir deseos inconscientes, presiones culturales, económicas, familiares para continuar con un embarazo	Irrespetar las contradicciones, tristeza, rabia, dolor que siente una niña o adolescente por la experiencia vivida. Forzarlas a mostrar su cuerpo, no examinar innecesariamente.

Adaptado: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Argentina- UNICEF (2019) "Atención de Niñas y Adolescentes menores de 15 Años Embarazadas"

Elaboración propia

10. Asesoría sobre el riesgo biopsicosocial

Durante el primer control de salud a la niña o adolescente, el profesional de la salud aplicará la herramienta respectiva para tamizar la prevención de la violencia, de acuerdo a la normativa emitida para el efecto.

Posterior a este proceso se realizará una asesoría sobre el riesgo biopsicosocial al que está sujeta la niña o adolescente, considerando su edad y condición. La asesoría en sí misma constituye la puerta de entrada al proceso de atención integral en salud.

Este proceso debe ser realizado por el profesional de primer contacto (médico/a u obstetriz/tra) sobre la base de los instrumentos actuales que dispone el Ministerio de Salud Pública (formulario No. 056. Atención de adolescentes y formulario No. 051 Historia Clínica Materna Perinatal), de tal manera que permita identificar los factores de riesgo personales, familiares, "posible agresor" o “pareja” y el contexto socioeducativo.

Para la entrevista del tamizaje y asesoría del riesgo, podrá estar presente su acompañante, únicamente si la niña o adolescente autoriza, considerar que pueden existir casos en los que sea el violentador o una tercera persona que quiera ocultar el hecho; por lo que el profesional de salud debe estar alerta a este tipo de casos, y resaltar en primera instancia que es fundamental un abordaje en privado con la niña o adolescente, del cual él o la acompañante serán parte posteriormente.

La asesoría tiene por objeto

- Crear un espacio de apoyo a la niña o adolescente menor de 15 años de edad, en la toma de decisiones conforme la evaluación de riesgos biopsicosociales y nivel de autonomía. Para el efecto, es necesario que estas niñas y adolescentes cuenten con información clara basada en la mejor evidencia científica disponible, en un lenguaje sencillo; que les permita evaluar las diferentes alternativas frente a su embarazo.

- Informar a la niña o adolescente sobre sus derechos, derechos sexuales y derechos reproductivos, los recursos institucionales, los apoyos disponibles,

del acompañamiento que ofrecen las instituciones durante todo el proceso.

- Brindar un espacio de escucha y análisis de su situación para explorar su reacción emocional frente al embarazo o posibilidad del mismo.

- Valorar los recursos cognitivos y emocionales que dispone para enfrentar la situación y su resolución.

- Identificar en primera instancia y de manera objetiva los riesgos y daños potenciales, que implica el embarazo para la salud integral o la vida de la niña o adolescente.

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

- Potenciar la capacidad de toma de decisiones autónomas e informadas sobre su salud y vida. En este sentido la asesoría es un aspecto fundamental de la atención en salud centrada en derechos, pues garantiza las condiciones para ejercerlos.

Durante la asesoría tenga presente

- Que el acompañamiento a la niña o adolescente se dé en un espacio privado, que brinde confianza, resguarde la intimidad y asegure la confidencialidad.

- La información dada debe ser científica, oportuna y expresada en términos sencillos, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad de la niña o adolescente.

- La información dada debe ser científica, oportuna y expresada en términos sencillos, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad de la niña o adolescente.

- Informar a la niña o adolescente las opciones frente a su embarazo:

  1. La continuidad de su embarazo.
  2. La posibilidad de continuar el embarazo y optar por un proceso de adopción;
  3. La alternativa de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria de Salud para su efecto.

- Por ningún motivo exprese su opinión, posición personal o consejo personal frente a la situación o decisión de la niña o adolescente.

- Se debe garantizar una atención integral multidisciplinaria (el equipo estará conformado por: médico general/familiar/ginecología u obstetriz/obstetra, psicología, trabajo social, y enfermería), dependiendo de la capacidad

resolutiva del establecimiento de salud y de la cartera de servicios). La atención se brindará de manera inmediata de forma eficiente y oportuna sin revictimizar a la niña o adolescente. En caso de requerir atención de especialidad referir o derivar a un establecimiento de salud de mayor complejidad o nivel de atención.

- La interlocución debe limitarse, en lo posible, a un mismo personal de salud, evitando la superposición de intervenciones o de múltiples actores que pueden revictimizarla.

- La asesoría se desarrolla en el marco de una atención en crisis: las niñas o adolescentes presentan ambivalencia (experiencia de tener pensamientos y/o emociones positivas y negativas al mismo tiempo), tanto por su etapa vital como por la situación de embarazo.

- Las niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, en su mayoría acuden a los establecimientos de salud con embarazos avanzados, motivadas básicamente por la necesidad de atención de su embarazo y parto; pero con frecuencia desconocen que sus derechos han sido o están siendo vulnerados, no reconocen su situación de riesgo, no han tenido la oportunidad previa de expresar sus temores y con frecuencia podrían estar - disconformes - y opuestas a los procedimientos de manejo propuestos.

- Las acciones del personal de salud no deben limitarse a las intervenciones médicas, sino que, además, mediante la provisión de información, comunicación y educación deben apoyar para que la niña o adolescente pueda comprender la importancia de la atención integral, la necesidad de complementar su atención en otros niveles, donde tendrá varias alternativas para la resolución de su situación de salud; así como, el compromiso para acompañar y facilitar este proceso. (50,51)

11. Notificación de casos de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad.

En todos los niveles de atención, en los servicios de consulta externa y emergencia, el profesional de salud (médico u obstetriz/obstetra) que realiza el primer contacto de atención con la niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad, tiene la obligación de notificar de manera inmediata y en un plazo máximo de 24 horas a las autoridades competentes (Fiscalía, Policía Nacional, Dirección Nacional de Policía Especializada de la Niñez y Adolescencia (DINAPEN) u otra autoridad), sobre presuntos hechos de violación, de manera independiente de la denuncia que realice la víctima o sus familiares. (47) Esta notificación se elaborará según el - Modelo de Gestión de la Información del Formulario Obligatorio de Notificación de Casos de Presunta Violencia de Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos-, expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 0267-2018, publicado en el Registro Oficial edición especial No. 598 el 26 de octubre de

2018, conforme lo establece en la -Norma técnica de atención integral a víctimas de violencia basado en género y graves violaciones a los derechos humanos", expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 00040-2019, publicado en el Registro Oficial edición especial No. 82, el 25 de septiembre de 2019, este formulario deberá ser llenado y firmado por el/la profesional de la salud (médico u obstetriz/obstetra) quién brindó la primera atención, conjuntamente con la máxima autoridad que se encuentre en el momento de la atención en el establecimiento de salud. (47)

Esta acción permite articular y activar el sistema de salud y de protección integral de los derechos de las niñas y adolescentes.

La notificación tiene un doble objetivo: la adopción de medidas de protección y la alerta de un posible delito. En ese equilibrio siempre deben prevalecer los derechos de la niña o adolescente y su no revictimización.

La notificación debe ser pensada en el marco de una estrategia de intervención, nunca como un fin en sí mismo. Es sustancial que se aclare a la niña o adolescente que es un deber por parte de los profesionales de salud, y esto no va a condicionar de ninguna manera la atención integral en salud. (47)

La máxima autoridad del establecimiento de salud, designará a un funcionario responsable para la entrega de la notificación original a la Fiscalía General del Estado, Policía Nacional u otra autoridad competente del Sistema Nacional de Justicia, quien a su vez retornará con la copia legalizada para ser entregado al establecimiento de salud.

- La primera copia del formulario de la notificación, se entregará al representante legal o acompañante de la niña o adolescente, (si se sospecha que es el agresor, no se entregará la copia de dicho documento y se archivará en la historia clínica hasta que se cuente con un familiar o persona de confianza de la niña o adolescente);

- La segunda copia una vez que se ha concluido con el llenado del bloque correspondiente a la autoridad competente, retornará al establecimiento de salud para su registro y posterior inclusión en la historia clínica. (47)

El proceso de notificación debe estar acompañado de una asesoría cuyo objetivo es ayudar a comprender a la niña o adolescente, y su representante o acompañante (en caso de que se encuentre presente), los beneficios e importancia que tiene esta notificación como parte del proceso para garantizar que no exista una vulneración actual o potencial de sus derechos.

Además, con la finalidad de brindar una respuesta integral, se activará la ruta de respuesta, esto implica: (47)

a. Realizar el proceso de notificación de casos de niñas y adolescentes

embarazadas menores de 15 años de edad.

b. Activar la ruta de respuesta integral e intersectorial para prevenir una doble vulneración de derechos, esto quiere decir:

- La máxima autoridad del establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud reportará al Ministerio de Educación (MINEDUC) el caso, para garantizar la continuidad o reinserción de la niña o adolescente en el sistema educativo, lo que permite continuar con el proyecto de vida.

- La máxima autoridad de los establecimientos de Salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada y Complementaria, reportan los casos al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y a la Secretaría de Derechos Humanos (SDH) para garantizar la protección de estas niñas y adolescentes.

- La máxima autoridad de los establecimientos de Salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada y Complementaria, reportarán el caso a la Junta Cantonal de Protección de Derechos, para solicitar medidas de protección.

- Es posible que dependiendo de las particularidades de cada territorio en el cual se dé cada caso (por ejemplo: en un sector rural apartado), se requiera articular con otras instituciones estatales u organizaciones que apoyen este tipo de casos a nivel local.

12. Atención integral en salud para niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad

Detección y captación del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años de edad en el primer nivel de atención

El embarazo, a pesar de ser un hecho evidente, que con frecuencia se oculta o se vuelve - invisible- debido a las múltiples barreras que tienen que enfrentar las niñas y adolescentes que atraviesan esta situación, por lo que no es común que acudan a los establecimientos de salud de manera temprana por este motivo. Lo más frecuente es que ellas manifiesten cambios conductuales que a veces son percibidos por la familia o que buscan atención en salud y acuden a los servicios por otros motivos inespecíficos; por ejemplo: dolor abdominal frecuente, vómito persistente, falta de apetito o decaimiento, incluso en muchos casos las niñas y adolescentes llegan con fuertes -cólicos- que posterior a la consulta médica se define que son contracciones uterinas o incluso un parto en fase expulsiva entre otros. (27)

La detección del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, así como los casos identificados de posible violencia sexual, pueden tener lugar en cualquiera de los diferentes ámbitos: salud, educación, deporte, organizaciones sociales o socioeducativas, comunidad, instituciones ancladas al sistema de protección de derechos, entre otros. (49) compete a todos los profesionales,

referentes o equipos que trabajan con niñas y adolescentes su detección lo más temprano posible y notificación a la autoridad competente.

Para la detección y captación en el sector salud, se deberá aprovechar las actividades extramurales y visitas domiciliarias realizadas por los profesionales de salud, para la identificación temprana y oportuna de niñas y adolescentes víctimas de violencia y que como producto de la misma se encuentren embarazadas o tengan sospecha de estarlo. Ver anexo N° 1: (Flujo de atención integral para niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años).

Los técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), los prestadores de la medicina ancestral, líderes comunitarios y/u otros actores serán claves en este proceso, (48) identificarán a las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, víctimas de violencia basada en género, embarazo actual y embarazo subsecuente para remitirlas desde la comunidad al establecimiento de salud del primer nivel de atención más cercano. (52)

Una vez que la niña o adolescente embarazada o con presunción de embarazo se encuentre en el establecimiento de salud, se evaluará si al momento presenta signos de alarma que complique su estado de salud, además de la capacidad resolutiva del establecimiento de salud para la atención, y de no ser el caso, se activará el Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud para la atención efectiva y oportuna de la niña o adolescente.

El rol del equipo de salud en el primer nivel de atención, será el de captar, acompañar, generar espacios de confianza para poder identificar aquellas situaciones o experiencias de violencia sexual en niñas y adolescentes que no son evidentes.

Atención en los establecimientos de salud de primer nivel de atención

Las niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, pueden llegar al primer nivel de atención por demanda espontánea con o sin previo agendamiento, autorreferida o por referencia o derivación institucional, para este último caso la institución que deriva deberá haber realizado previamente el proceso de notificación del caso a las instituciones (Fiscalía, Policía Nacional, DINAPEN u otra autoridad competente).

Se requiere que las y los profesionales de salud del primer nivel de atención cuenten y desarrollen habilidades y destrezas para la actuación o desempeño idóneo para hacer una entrevista a las niñas y adolescentes, que permita identificar situaciones de riesgo. (26)

La mayor parte de detección o captación de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, se dan en el primer nivel de atención, en estos

establecimientos de salud se da el primer contacto con el Sistema Nacional de Salud (SNS) y donde se realizarán los siguientes procesos, que son claves para garantizar su salud integral.

La atención de niñas y adolescentes embarazadas, son casos prioritarios, por tanto, deben ser atendidos de forma inmediata y facilitar el agendamiento de citas posteriores según requiera el caso. Debe regirse especialmente a conocer su estado general de salud.

- Realizar la anamnesis y el examen físico de la niña o adolescente para la evaluación integral inicial, aplicar la historia clínica para la atención de adolescentes, formulario No. 056, expedido en la "Guía de supervisión de salud de adolescentes", emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004863 y publicado con Registro Oficial No. 345 el 24 de julio de 2015. Posterior a la valoración inicial se debe proceder a registrar todos los hallazgos en la Historia Clínica Única.

- Considerar que debido a la situación de embarazo que atraviesa la niña o adolescente, el examen ginecológico deberá ser limitado solo a situaciones específicas como labor de parto y sangrado vaginal, evitando hacerlo como un procedimiento rutinario para evitar la revictimización.

- Asesoría sobre el riesgo biopsicosocial que implica un embarazo en menores de 15 años de edad y la importancia de un abordaje en un nivel de atención de mayor complejidad.

- Notificación del caso a la autoridad del establecimiento de salud, previa asesoría a la adolescente y a su acompañante.

- En los casos de niñas y adolescentes con sospecha de embarazo, se deberá realizar el examen físico, si este no permite diagnosticar un embarazo, se realizará exámenes complementarios, únicamente si se garantiza que los resultados serán obtenidos el mismo día. Caso contrario se deberá realizar la referencia a un establecimiento de salud de mayor resolución, para la atención integral y confirmación del embarazo.

Referencia y derivación cumplida efectiva a un nivel de mayor complejidad o de atención.

Es responsabilidad del profesional de salud, garantizar la continuidad de la atención integral a la niña o adolescente, que propicie la resolución efectiva de su necesidad de atención en salud.

Una vez que se ha realizado el tamizaje inicial del riesgo biopsicosocial, la niña o adolescente, dependiendo de la valoración del profesional de salud (médico u obsteriz/obstetra), deberá ser referida o derivada a un establecimiento de salud

de mayor nivel de complejidad o de atención, con el propósito de brindar una atención integral por parte del equipo multidisciplinario.

Todo el personal de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, deben tener conocimiento de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud a los que serán referidas o derivadas las niñas o adolescentes embarazadas. (52)

Para esto, el profesional responsable del establecimiento de salud de primer nivel de atención, deberá realizar las siguientes acciones:

- Gestionar y agendar una cita que permita el acceso inmediato de la niña o adolescente al establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad o de atención, siempre y cuando se garantice que este establecimiento cuente con la cartera de servicios de gineco-obstetricia, psicología, enfermería y trabajo social.

De no ser el caso, referir al segundo nivel de atención a través de las herramientas que provee el sistema de agendamiento. Sin embargo, se reconoce que existen particularidades especialmente en las zonas rurales que podrían limitar el acceso efectivo y frecuente a un establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad y de atención (Hospitales), por lo que el establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad del primer nivel de atención, brindará la atención integral a la niña o adolescente, ya que cuenta con el equipo de salud multidisciplinario.

- Garantizar la movilidad y traslado de la niña o adolescente, haciendo uso de los recursos intra y extra sectoriales (ambulancia, transporte de la institución (Distritos o Coordinaciones Zonales), Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (DINAPEN), otros.) hasta que sea efectivamente sea atendida en el establecimiento de salud a la que fue referida o derivada.

- Envío del formulario No. 053. Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, y una copia del formulario 056. Historia clínica para la atención de adolescentes, los cuales deben ser llenados en su totalidad, con letra legible y contener la evaluación inicial de la niña o adolescente, con la finalidad de evitar su revictimización en las próximas atenciones. Los formularios deben se completados con información técnica y lo más detallados posibles, señalando todos los riesgos que existen en cada caso concreto, debe contener los diagnósticos de acuerdo a la codificación CIE 10, identificando la violación y el embarazo. Evite redactar comentarios o sugerencias personales.

- En el caso de ameritar la derivación a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) cuando la capacidad instalada del establecimiento no permite resolver la situación de Salud, se procederá de acuerdo a lo que establece la Norma Técnica del Subsistema

de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud", emitida mediante Acuerdo Ministerial 04431, publicado en el Registro Oficial No. 151 el 26 de diciembre de 2013.

- En el caso de derivación institucional, la autoridad del establecimiento de salud de primer nivel de atención, notificará a su dirección distrital, quien se comunicará oficialmente a la dirección distrital de la otra institución (MINEDUC, MIES, SDH). Esta ruta interna permite dar seguimiento a los casos referidos. Además, esto no limita la coordinación directa que puede existir entre técnicos/as de las instituciones y la coordinación que se realiza en las mesas intersectoriales.

Seguimiento del caso desde el primer nivel de atención

Una vez que se ha realizado la referencia a un nivel de atención de mayor complejidad o de atención, el equipo de salud del primer nivel hará un seguimiento mensual a la niña o adolescente y su familia a nivel domiciliario para orientar, evaluar y generar alertas en el caso de que existan barreras que no permitan el avance y resolución de la situación de salud de forma adecuada, por ejemplo: no cumplimiento de indicaciones, inasistencia a citas, signos de alarma en su estado de salud, entre otros. Estas alertas deberán ser puestas en conocimiento de la máxima autoridad del establecimiento de salud, quien de ser necesario reportará el particular al inmediato superior con la finalidad de brindar soporte y buscar una solución mediante la articulación intersectorial.

Es importante mencionar que la niña o adolescente, después de haber sido atendida de manera integral en niveles de mayor complejidad o de atención, según sea el caso, será contrarreferida al primer nivel de atención para continuar con el seguimiento. (52)

Para el seguimiento continuo del caso de la niña o adolescente en la comunidad, se considerará a actores claves de la atención primaria en salud (APS) como TAPS, parteras, agentes comunitarios, u otros actores de contacto directo con su entorno social, quienes reportarán alertas oportunamente al establecimiento de salud.

Atención integral en establecimientos de segundo y tercer nivel de atención

En estos niveles de atención se garantizará a la niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad, un abordaje integral y multidisciplinario mediante la entrega de información clara, oportuna, basada en evidencia científica que le permita tomar una decisión frente a su estado.

Es importante considerar que, si la capacidad resolutiva del establecimiento del primer nivel atención, es limitada, la niña o adolescentes deberá ser referida de inmediato al segundo o tercer nivel de atención.

1. En el establecimiento de salud, la niña deberá ser ingresada por emergencia o por consulta externa.

2. Ser atendida por un equipo de salud multidisciplinario (Médico/a Gineco-Obstetra, Psicólogo/a, Trabajador/a Social y Enfermera/o).

3. De ser el caso, confirmar el embarazo.

4. Realizar el tamizaje de riesgo biopsicosocial mediante un rol activo del servicio de psicología y trabajo social, que complemente el realizado en el establecimiento de salud donde se brindó la primera atención. Para casos de niñas o adolescentes auto referidas o derivadas de otras instituciones este proceso iniciará desde cero.

   - Se recibirá el informe y el formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos (Form. 094), verificando que efectivamente el caso ya fue notificado en el primer nivel atención; de no ser así se realizará el proceso de notificación respectivo. (47)

   - El equipo multidisciplinario acompañará el proceso, y activará en su momento la coordinación intersectorial necesaria para garantizar que la niña o adolescente embarazada permanezca o se inserte en el sistema educativo y que se active el sistema de protección integral.

   - Adicionalmente, durante el periodo y posterior al evento obstétrico, se brindará asesoría y entrega efectiva de un método anticonceptivo, si es la decisión de la adolescente y asesoría sobre su proyecto de vida.

   - Finalmente se analizará y de ser el caso se realizará el debido proceso de contrarreferencia al primer nivel de atención para el respectivo seguimiento del caso.

A continuación, se detalla de manera específica cada uno de los pasos mínimos a seguir por las y los profesionales, para garantizar una atención en salud integral a las niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad.

Admisión en consulta externa

Las niñas o adolescentes menores de 15 años de edad, pueden proceder de diferentes ámbitos: referidas de establecimientos de salud de primer nivel, o referidas de establecimientos educativos generalmente a través de los Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), Sistema de Justicia, Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Secretaría de Derechos Humanos u otros sectores; así como autorreferidas, con sospecha o confirmación de embarazo.
Se gestionará la atención inmediata para gineco-obstetricia en admisión,

para asegurar la atención en consulta externa y se articulará con el equipo multidisciplinario para la atención integral de la niña o adolescente.

Las niñas o adolescentes pueden preferir incluso una unidad contigua a su establecimiento educativo y/o lejano de su domicilio, para asegurar el anonimato, la privacidad y la confidencialidad, en ningún caso se les negarán la atención por lo que se procederá con la atención integral.

Notificación

En caso de que la niña o adolescente acuda sin la copia de la notificación al sistema judicial (Formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos), el equipo psicosocial (trabajo social y/o psicología) procederá a realizar la notificación respectiva, para lo cual realizará la asesoría correspondiente, con el objetivo de ayudar a comprender a la niña o adolescente (y su representante) los beneficios e importancia de la notificación del hecho.

Los elementos del proceso de notificación son similares a lo descrito en el apartado del proceso de notificación.

Es fundamental que, en cualquier establecimiento de salud, nivel de atención o institución que realice la captación de la niña o adolescente embarazada, se brinde acompañamiento a la situación en un espacio privado que brinde confianza, resguarde la intimidad y asegure la confidencialidad.

Atención del riesgo biopsicosocial

El rol, actitud y capacitación del equipo multidisciplinario de salud en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel atención, son fundamentales, especialmente de los servicios de gineco-obstetricia, psicología, trabajo social y enfermería, quienes acorde a sus competencias identificarán y registrarán el nivel del riesgo que supone el embarazo para la salud integral de estas niñas y adolescentes para garantizar la atención integral, respetando sus derechos.

Se deberá realizar el tamizaje de riesgo psicosocial, tanto psicología y trabajo social procederán a evaluar a la niña o adolescente con los instrumentos vigentes emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, formulario No. 038. Trabajo social y formulario No. 056. Historia clínica para la atención de adolescentes; adicionalmente se realizará el respectivo tamizaje de violencia acorde a la normativa emitida para el efecto.

Para el tamizaje del riesgo biológico (físico), el equipo de gineco-obstetricia realizará el tamizaje apoyado en el examen físico y exámenes complementarios. Todos los hallazgos serán registrados en la historia clínica única, omitiendo todo tipo de comentario que no sea profesional.

Se deberá asesorar a la niña o adolescente menor de 15 años de edad y su representante o acompañante de confianza si así lo desea, en el marco de las posibles alternativas frente a su embarazo las cuales son:

1. Si desea continuar con el embarazo o no

a) Si manifiesta su deseo de continuar con su embarazo, será remitida a la consulta externa de gineco-obstetricia para iniciar el control prenatal integral.

b) Si refiere que desea continuar su embarazo, pero iniciar un proceso de adopción, además del control prenatal integral, se le entregará información inicial y se articulará máximo en 24 horas con el MIES para una asesoría completa.

2. Si no desea continuar con su embarazo

a) Se informará sobre la interrupción voluntaria del embarazo, conforme la "Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de violación", de acuerdo a las directrices emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional para el efecto.
b) Los profesionales de salud cumplirán con la "Guía de Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico", como la herramienta que garantizará la atención de este proceso bajo los más altos estándares y evidencia científica, como normativa vigente.

c) Este proceso debe estar acompañado de la asesoría realizada donde se incluye la valoración del riesgo biopsicosocial, y culminará cuando la niña o adolescente mencione su decisión sin coerción de ningún tipo.

d) Finalmente, el equipo de salud firmará junto a la niña o adolescente el (Formato de declaración de entrega y recepción de información sobre las opciones frente al embarazo en niñas o adolescentes menores de 15 años de edad), ver anexo N° 2.

Opción 1: continuidad del embarazo

Control prenatal

Debido al riesgo potencial que implica un embarazo para la salud integral y vida de las niñas o adolescentes menores de 15 años de edad, es fundamental que el control prenatal sea llevado a cabo por un equipo multidisciplinario de profesionales integrado por: ginecología y obstetricia, psicología, enfermería y trabajo social.

La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, y el deseo de continuarlo, preferentemente en el primer trimestre. Sin embargo, es de vital

importancia considerar que en este grupo de edad, existe un control prenatal de forma tardía debido a que su detección usualmente se retrasa por una o varias de las siguientes circunstancias:

- Ocultamiento del acto de violación y del embarazo.
- Temor a que su estado sea revelado en su entorno familiar y social.
- Desconocimiento de a dónde ir o cómo acudir.
- Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.
- Ausencia de servicios de protección social.
- Poco entendimiento y conciencia de la importancia del cuidado que su condición requiere

Por lo tanto, un inicio tardío del control prenatal (CP), requiere intensificar la periodicidad del mismo para detectar y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosocial presentes durante su gestación. (53)

A continuación, se destacan algunas condiciones que ameritan una supervisión más continua durante su gestación:

Antecedentes prenatales

- Ausencia de servicios de protección social.
- Poco entendimiento y conciencia de la importancia del cuidado que su condición requiere.
- Edad ginecológica menor a 2 años.
- Ausencia, inicio tardío o mala calidad del control prenatal.
- Adolescente multigesta: más de un evento obstétrico previo.

Niñas y adolescentes con factores de riesgo psicosocial personal

- Farmacodependientes, alcohólicas, adicción a psicotrópicos, tabaquismo.
- Actitudes de hostilidad (ira, resentimiento, actitud negativa).
- Relación con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo.
- En situación de calle.
- Víctimas o sobrevivientes de violencia o explotación sexual.
- Nivel de instrucción: analfabeta o primaria incompleta por deserción del sistema educativo antes del embarazo o a causa del mismo.
- Rechazo al embarazo y aun así decidieron continuar con la maternidad.
- No desean su maternidad.
- Movilidad humana, sin apoyo familiar.
- Ansiedad, depresión severa, con ideas suicidas.
- No cuenta con proyecto de vida definido.
- Niñas o adolescentes con discapacidad.

Niñas y adolescentes con riesgo psicosocial familiar

- Víctimas de violencia basada en género.
- Falta de apoyo familiar, abandonadas o rechazadas por la familia debido al embarazo.
- Familias que no satisfacen las necesidades básicas o que están bajo la línea de pobreza.
- Problemas en las relaciones de pareja, de familia y amigos (as).

El embarazo en las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, es considerado de mayor prioridad y riesgo que la de otros grupos de edad, por lo que conviene establecer algunos lineamientos para su atención diferenciada durante la gestación

Cuadro 2. Lineamientos de atención diferenciada a la niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad durante el control prenatal

Toda niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad, captada en el primer nivel de atención, debe ser referida a un establecimiento de salud de mayor complejidad o nivel de atención, que cuente con: médico especialista en gineco obstetricia (será la persona responsable de coordinar todo el proceso de atención multidisciplinaria), enfermería, psicología, trabajo social, u otros de ser necesario, para garantizar una atención integral del caso. La referencia debe realizarse una vez que se haya brindado la primera atención descrita anteriormente.
El Control prenatal se realizará conforme lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal expedido mediante Acuerdo Ministerial N°00005318 de fecha 05 de noviembre del año 2015. En conformidad con los tiempos asignados para la consulta prenatal se considerará cuarenta (40) minutos para la primera consulta y veinte (20) minutos para las citas subsecuentes.(53) Sin embargo se debe evaluar la condición de la niña o adolescente embarazada de manera individual conforme la necesidad de cada caso.
Valoración, abordaje y seguimiento por psicología, desde el inicio del control prenatal. La periodicidad dependerá del criterio profesional (valoración del riesgo psicosocial y autonomía progresiva en la primera consulta prenatal).
Valoración y acompañamiento por trabajo social, donde, según el caso, se debe coordinar con el equipo psicosocial del MIES un plan de protección, donde se establezcan las pautas para prevenir una doble o triple vulneración.
Valoración y manejo nutricional, desde el inicio del control prenatal. La periodicidad dependerá del criterio profesional.
Actividades individuales para reforzar el proyecto de vida, actividades grupales de educación prenatal (psicoprofilaxis del parto) si la niña o adolescente lo desea, programar horarios que estén acordes a la disponibilidad de tiempo de las niñas o adolescentes.

Las niñas o adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, deben estar acompañadas por personas adultas de su confianza, que ellas decidan, que demuestren capacidad de empatía y protección. Sin embargo, este no constituye un requisito obligatorio para brindar la atención en salud.

Elaboración propia

- Las consultas de control prenatal de las niñas o adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, deben ofrecer flexibilidad en los horarios para facilitar el acceso, aceptación y adherencia a los controles.

- Aprovechar todo encuentro con la niña, adolescente y su familia para brindar información que les permita conocer los factores que intervienen para llevar a término la gestación; así como, incorporar los elementos necesarios para desarrollar habilidades que faciliten la crianza.

- De ser necesario un proceso de hospitalización, se deben aplicar las recomendaciones establecidas en las normativas vigentes, emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Sin embargo, existen situaciones que ameritan la hospitalización como medida de protección en casos especiales (víctimas de violencia basada en género incluyendo violencia sexual, ubicaciones geográficas de difícil acceso, abandono, discapacidad) y para todas aquellas condiciones que vulneren los derechos de las niñas y adolescentes.

Tener en cuenta las siguientes consideraciones, que son relevantes en la atención diferenciada de este grupo de niñas y adolescentes y complementan las del control prenatal especificado en la (Guía de práctica clínica de control prenatal) (o el documento que lo reemplace,) (53) y otros instrumentos normativos emitidos por el MSP para la atención durante la gestación.

- Datos del padre, madre, o personas adultas referentes (representantes) que garanticen la posibilidad de contactarlas en caso necesario.

- Datos y recursos de apoyo familiar y social con que cuenta la niña o adolescente (nombre, edad, ubicación geográfica, parentesco, dependencia económica y nivel educativo). Datos que de ser el caso deben estar descritos en la evolución de la historia clínica única.

- Se elaborará el familiograma y apgar familiar, así como la valoración del riesgo psicosocial y autonomía progresiva, para la evaluación, planeación e intervención que puede hacerse a nivel individual y familiar.

En los casos en que la pareja de la niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad, sea otro adolescente menor de 15 años, y ella plantee el deseo de involucrarlo en las tareas de educación y asesoría para la crianza y paternidad, se extenderán también a su pareja.

Atención del parto

La atención del parto se debe realizar en los establecimientos de salud del segundo o tercer nivel de atención por considerase de alto riesgo, en los casos de pacientes que estén en fase activa o en periodo expulsivo, que demore su traslado, podrán ser atendidas en establecimientos de salud de mayor complejidad del primer nivel de atención, una vez atendido el parto se estabilizará y referirá a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención. Así mismo, estos niveles de atención no podrán negar el servicio de salud a las niñas o adolescentes autorreferidas.

Se considera que las adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir en el parto, y las que tienen menos de 15 años de edad, cinco veces más. (54,55)

Algunos estudios realizados en mujeres embarazadas con antecedentes de violación, señalan que desean ser sometidas a un parto por cesárea, debido a que por su experiencia previa se incrementa sustancialmente el temor al parto por vía vaginal: (56)

- Una explicación es que el dolor físico cuando el feto desciende y ella empieza a pujar en la segunda etapa del parto, se activan recuerdos de la violación y la resistencia que ella opuso en la experiencia traumática. Además, el haber sido violada causa vergüenza y, por lo tanto, es una experiencia negativa, que las mujeres viven en silencio. (56)

- Las mujeres embarazadas producto de una violación tienen una segunda etapa del trabajo de parto más larga y tienden a necesitar cesárea o un parto asistido (fórceps o vacuum) para tener un parto vaginal. Esto se traduce en 16 veces más posibilidades de que una víctima de violación necesite cesárea y 13 veces más posibilidad de que tenga un parto vaginal asistido por instrumentos, mientras que las mujeres que no habían sido violadas se demoraban alrededor de una hora en la segunda etapa del trabajo de parto, que las mujeres víctimas de violación quienes demoraban unas dos horas más. (56)

En este sentido, es fundamental que en la cita del control prenatal del tercer trimestre las niñas y adolescentes embarazadas y sus acompañantes acedan a información acerca de la operación cesárea, en donde sea considerada su salud mental para el establecimiento del plan de parto además de incluir información relacionada con:

- Indicaciones para la cesárea.
- Características del procedimiento.
- Riesgos y beneficios asociados.
- Implicaciones para futuros embarazos y natalidad, después de una o más cesáreas. (57)

Cuando la niña o adolescente embarazada y su acompañante decidan optar por una cesárea, un factor fundamental a ser considerado es la afectación en su salud integral, por lo que se debe registrar en la historia clínica única todos los factores que influyeron en la vía de finalización del parto, no solo el factor biológico, sino además el factor psicosocial que su condición de embarazo implica por su edad.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal, con mayor razón para las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad por el alto riesgo implicado desde su origen.

Existen factores como el temor a lo desconocido (la institución, los profesionales, los procedimientos), inseguridad y desconfianza en sus propias capacidades para afrontar el parto, rechazo o resistencia al trabajo de parto, el cual es vivido como revictimización, por lo tanto, son niñas o adolescentes con necesidades especiales a considerar en el momento de su atención en donde se deben considerar las opciones o vías de finalización del parto (cesárea o vaginal). (56)

En este sentido, es necesario tener presentes los parámetros no solo clínicos sino de carácter psicosocial que cada niña o adolescente presenta al momento de su atención en la sala de partos.

Inclusive, en aquellas niñas y adolescentes que han decidido tener un parto por vía vaginal, la vigilancia deberá ser constante, debido a la posibilidad de presentar complicaciones (parto prolongado u obstruido) debiendo considerar la necesidad de realizar una operación cesárea de emergencia.

Durante la atención del parto se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El contexto psicosocial de la niña o adolescente embarazada para la continuidad de la atención del profesional de psicología.

- El acompañamiento de un/a profesional de salud que se encuentre sensibilizado/a que, de manera frecuente, la guíe y reconforte para que pueda mantenerse concentrada en la labor de parto.

- Realizar la menor cantidad de intervenciones posibles, evitar exámenes vaginales no justificados, así como la presencia de extraños en la habitación.

- El personal encargado se debe identificar según su profesión o rol (enfermera, médico, obstetriz, otros).

- El parto debe ser siempre atendido por profesionales de la salud competentes, y calificados, no puede ser atendido por estudiantes que se encuentren en proceso de formación.

- Brindar mayor apoyo emocional (apego, atención, afecto y comprensión).

- Recordar que el uso de comentarios o actitudes discriminatorias u ofensivas son consideradas como violencia obstétrica, en el marco de la (Ley Orgánica Integral para Erradicar la Violencia contra las Mujeres).

- Ofrecer información y explicación oportuna y comprensible acerca del proceso de la cesárea, o del parto vaginal y de cualquier intervención cuando esta sea requerida. Explicar claramente lo que se le va a hacer y lo que no se le va a hacer, tiene un efecto tranquilizador y despeja las fantasías, información inadecuada y falsas expectativas acerca del proceso de atención.

- Su ubicación en un espacio físico para la atención, que garantice la privacidad y confidencialidad. Por ejemplo, colocación de cortinas o cubículos separándolas de las mujeres adultas, dependiendo del espacio físico del establecimiento.

Criterios para la admisión

- Las niñas o adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad, que han optado por la cesárea electiva para la finalización de su embarazo, deberán ser admitidas a partir de la semana 39 de gestación, se debe considerar el riesgo potencial al que están expuestas acorde a cada caso particular. (57)

- En caso de inicio de labor de parto, la cesárea se realizará en un plazo no mayor de 4 horas desde su ingreso.

- Dado que la decisión de la admisión es crítica para minimizar los riesgos de la gestación en esta etapa del ciclo vital, el examen clínico debe ser practicado siempre por un profesional de salud sensibilizado y calificado.

- Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información clara, con términos fáciles de entender y de manera oportuna, una vez realizada la evaluación clínica, la cual deberá incluir un monitoreo fetal para la evaluación del bienestar fetal.

- La información entregada, deberá ser escrita, con letra clara y legible, debe incluir signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando presente signos de alarma (inicio de actividad uterina, sangrado genital, rotura prematura de membranas, disminución de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, escotomas, acúfenos, cefalea intensa u otros). (58)

Atención del primer período del parto (dilatación y borramiento)

Se debe garantizar que la atención que reciban las niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, sea acorde al marco normativo vigente para atención del parto. (58)

Atención del segundo período del parto (expulsivo)

Durante este período del parto y debido a las características anatómicas de las niñas o adolescentes, las colocan en mayor riesgo de presentar un parto obstruido por lo cual es fundamental el diagnóstico y atención oportuna de la desproporción céfalo-pélvica, para lo cual se requiere la evaluación de la pelvis y la supervisión estricta de los mecanismos del parto. Aplicar las guías y protocolos vigentes para atención del parto. (58)

Atención del alumbramiento

Durante este período se debe garantizar el manejo activo de la tercera etapa del parto, lo cual disminuye el riesgo de hemorragia posparto. Aplicar el manejo descrito en las guías y protocolos vigentes para atención del parto. (58)

Puerperio

Se debe considerar que las prácticas de autocuidado en el puerperio pueden ser influenciadas por las creencias culturales, los hábitos y las costumbres de la familia, es posible que las niñas y adolescentes, por encontrarse en una etapa de maduración física y psicológica, necesiten de sus cuidadores y el asesoramiento del equipo multidisciplinario. Sin embargo, también se encuentran el grupo de niñas o adolescentes que no cuentan con apoyo alguno y afrontan solas su realidad, por lo cual los profesionales de salud deberán brindar el apoyo continuo y oportuno.

Es importante resaltar que, a pesar de la preparación que la niña o adolescente pueda tener para la lactancia y el puerperio, se debe fortalecer su educación, puesto que tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones por carencia de conocimientos acerca del cuidado y preparación en este periodo, como mayor probabilidad de desarrollar infecciones en el sitio de la herida a nivel genital o abdominal, mastitis, laceración de pezones, mastalgia entre otras. (59) Por lo cual se debe reforzar la asesoría a la niña o adolescente y familia en el proceso de posparto y lactancia materna por parte del personal de enfermería.

Se debe establecer como mínimo un periodo de estancia del puerperio no inferior a 48 horas para las pacientes de posparto vaginal y de 72 horas para operación cesárea sin complicaciones.

Cabe recalcar que en las niñas y adolescentes que han optado por un proceso de adopción, no se exigirá, ni se influirá en el apego precoz para la creación del vínculo afectivo con el recién nacido, así como también no se fomentará la lactancia materna, dado que se debe tener presente las causas del embarazo en este grupo etario.

Opción 2: adopción

Muchos estudios señalan que la maternidad forzada genera problemas graves en la niña o adolescente, el recién nacido y su familia. El primer contacto con el recién nacido es un momento impactante, ya que les recuerda al agresor y la violencia con que les hizo daño. (60)

El contexto cultural y la actitud del personal que atiende a este grupo de niñas o adolescentes agrava la afectación, pues al exaltar la maternidad (su nuevo rol de mamá), coloca a las niñas o adolescentes víctimas de violencia sexual en un perenne conflicto interno; porque en lugar de expresar sus sentimientos de enojo, decepción o frustración por la maternidad impuesta, se auto recriminan por rechazar esa maternidad; es decir, revierten la agresividad hacia ellas mismas, lo que da como consecuencia que esa maternidad, disfrazada de oportunidad o de proyecto vital genuino, arrase con la vida de la niña o adolescente. (60)

Las niñas o adolescentes embarazadas en general, pueden tener diferentes tipos de reacciones emocionales, más aún cuando su embarazo es producto de violación. Estas reacciones hacen que tengan miedos, dudas y confusiones, que tienen que ser verbalizadas y escuchadas por el equipo de salud para establecer con claridad un proceso de asesoría. En la práctica diaria profesionales de la salud refieren que han encontrado en las niñas y adolescentes diferentes tipos de reacciones que se describen a continuación:

- No querer continuar el embarazo.
- Querer seguir la gestación por razones idealizadas y/o poco realistas.
- Sentirse omnipotentes, tener pensamientos mágicos y fantasear al experimentar su capacidad de procrear como un logro extraordinario, sin tener consciencia de las responsabilidades e implicaciones.
- Querer tener a su hijo/a para satisfacer necesidades ajenas (ej. complacer a otro familiar o pareja)
- Querer la maternidad por tener alguien a quien amar y que la ame, pero no se dan cuenta de la cantidad de atención que requiere la crianza.
- La depresión es muy común entre las niñas y adolescentes embarazadas.
- Querer tener al niño o niña por sentimientos de culpa.
- Querer tener su hijo o hija, pero no cuidarlo.

La adopción aparece entonces como otra opción para las niñas o adolescentes menores de 15 años de edad que no quieren interrumpir su embarazo, pero no se sienten listas o capaces para convertirse en madres.

A pesar de esto, tanto en el sector relacionado con la protección social, justicia y salud, la temática de adopción es muy poco abordada y se evidencia poca experiencia al respecto. La percepción generalizada es que la decisión de dar en adopción es muy inusual y que por lo general la familia y en particular, las madres de las niñas o adolescentes se hacen cargo de la crianza de sus nietos, por lo que

el proceso puede ser tedioso e inconsecuente con las necesidades de estas niñas o adolescentes.

Con estos antecedentes el equipo psicosocial del establecimiento de salud deberá considerar lo siguiente cuando una niña o adolescente se incline por un proceso de adopción:

- Se realizará de inmediato el contacto con el área de trabajo social del MIES (responsable de activar los procesos de adopción), para solicitar que un profesional de esa institución se acerque al establecimiento de salud o a la vez se pueda derivar a la niña o adolescente y su representante legal para la asesoría sobre las características del proceso de adopción; mediante información veraz y oportuna.

- El seguimiento a este proceso deberá realizarse de manera constante por las áreas de psicología y trabajo social, buscando que la contraparte del MIES tenga el acercamiento y contacto con la niña o adolescente a más tardar en el transcurso de las siguientes 48 horas, para que brinde información sobre el proceso.

- Adicionalmente, la autoridad máxima del establecimiento de salud, deberá poner en conocimiento de la autoridad competente (Junta Cantonal de Protección de Derechos, DINAPEN, etc.), del caso, con el fin de que se dicten las medidas de protección respectivas a favor del recién nacido, lo que facilitará que pueda ingresar en una casa de acogida, instancia que está a cargo del MIES.

Cuando la niña o adolescente por diversas circunstancias lleva a término su gestación, pero no desea la maternidad, y refiere que desea dar en adopción al recién nacido (RN)

- La historia clínica de la madre y el RN deberá ser identificada con un distintivo que permita identificar que se está realizando un proceso de adopción, para que el equipo de salud pueda evitar las actitudes y expresiones que fomenten la maternidad como el (deber ser) para estas niñas o adolescentes.

- En caso que existiese conflicto entre el deseo de la niña o adolescente con el de los representantes legales, se priorizará el interés superior de la niña o adolescente, para lo cual la máxima autoridad del establecimiento de salud deberá solicitar una acción de protección a las instancias legales pertinentes (se puede solicitar el apoyo a la Defensoría del Pueblo, mesas intersectoriales u otras instancias que trabajen temas de derechos humanos) para que se solicite y active la acción de protección. Este proceso estará a cargo del equipo de trabajo social con apoyo del personal de psicología y del área legal del establecimiento de salud (de existir).

- Finalmente, otro factor a priorizar es el interés superior del RN, el mismo

que luego de la evaluación psicosocial podría determinar que hay una mayor vulnerabilidad si la niña o adolescente tiene conductas de riesgo graves y peligrosas (adicciones, psicopatología, callejización, explotación sexual, entre otras) y aunque ella tenga el deseo de quedarse con el RN, en primera instancia el equipo multidisciplinario trabajará con ella para superar estas conductas de riesgo, precautelando el bienestar del RN. Si este proceso no llegara a funcionar se podría activar el proceso de acogida y adopción para el RN mediante criterios técnicos claros que incluya justificación. Se recomienda no asumir procesos de adopción abierta o ubicación del niño en el entorno familiar cercano, donde la posibilidad de contacto se mantiene.

Este manual recomienda una revisión exhaustiva, articulación e incidencia por parte del sistema de protección de derechos, en las diferentes instancias intersectoriales al proceso de adopción de los recién nacidos de niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, debido a las implicaciones graves en el desarrollo y salud biopsicosocial de las niñas, adolescentes y el recién nacido.

Opción 3: interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La tasa de mortalidad asociada al embarazo entre las mujeres que dieron a luz a neonatos vivos es de 8,8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (NV); para menores de 15 años de edad, sería cerca 27 x 100,000 NV; La tasa de mortalidad relacionada con el aborto inducido es de 0,6 muertes por cada 100.000 abortos. El riesgo de muerte asociado con el parto es aproximadamente 14 veces mayor que en el aborto. (61)

Existen muchas barreras, retos y mitos acerca del aborto en la adolescencia temprana y esto responde a varias razones; la naturalización del embarazo en niñas y adolescentes, la falta de entrenamiento de las y los profesionales de salud y la falta de recursos, entre otros, obligan muchas veces a estas niñas y adolescentes a un embarazo forzado o las expone a prácticas inseguras, poniendo en grave riesgo su salud y vida. (61)

La Corte Constitucional del Ecuador, a través de la “Sentencia No. 34-19-IN/21 y ACUMULADOS”, declaró la inconstitucionalidad en el artículo 150 numeral 2 del Código Orgánico Integral Penal por el fondo de la frase en una mujer que padezca de una discapacidad mental” (40), para no criminalizar y sancionar con privación de libertad a las mujeres que han interrumpido un embarazo producto de una violación. Para esto la Corte Constitucional señala que penalizar el aborto en caso de violación es una medida inconstitucional, pues no es idónea, ni necesaria, ni proporcional y, por lo tanto, vulnera derechos de las mujeres, niñas y personas con capacidad de abortar víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Y establece que la interrupción cuando el embarazo sea consecuencia de violación no podrá volver a ser penado, ni se podrá perseguir penalmente a las mujeres, personas con posibilidad de aborto, ni a las y los profesionales de la salud.

Toda niña o adolescente embarazada menor de 15 años de edad, debe recibir asesoría sobre la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, debido a que el mismo embarazo genera un alto riesgo e implicación grave para su salud y desarrollo integral.

Consideraciones generales en niñas y adolescentes

Es esencial realizar una adecuada asesoría previa, en la cual se expliquen las diferentes técnicas y procedimientos de las opciones terapéuticas para la IVE, considerando la edad gestacional, situación médica, psicológica y las preferencias de la niña o adolescente. (32)

En el caso que el profesional de salud se declare como objetor de conciencia, y sea el único prestador del servicio de salud disponible, no podrá hacer uso de su derecho a objeción, ya que como señala la Constitución de la República del Ecuador en su art. 66 numeral 12 el derecho a la objeción de conciencia, no podrá menoscabar otros derechos, ni causar daño a las personas o a la naturaleza". Por tanto, es su deber atender el caso según el marco legal y normativo vigente para el efecto.

Con respecto a los métodos utilizados para realizar la IVE, los establecimientos de salud deberán estar equipados de acuerdo a su nivel de complejidad de atención para: (32)

- Atender a las niñas o adolescentes que hayan optado por la IVE acorde a la edad gestacional.
- Ofertar y asesorar los distintos métodos recomendados para IVE, considerando el nivel de complejidad del servicio, condición de vulnerabilidad de la niña o adolescente y la edad gestacional.
- Asesoría y entrega de métodos anticonceptivos post evento obstétrico.

Las niñas y adolescentes suelen reportar mayor miedo, ansiedad y dolor durante el procedimiento para IVE, por lo que los profesionales de salud deben cumplir con lo siguiente:

- Informar todo lo concerniente al procedimiento, ya que, para muchas niñas y adolescentes menores de 15 años de edad, la consulta actual podría ser su primera cita ginecológica, por lo que es necesario una explicación completa y clara, porque una experiencia negativa puede afectar el procedimiento y posterior retorno al control.
- El tiempo aproximado del procedimiento.
- Procurar un ambiente tranquilo y personal de apoyo durante el proceso (si así lo desea)
- Complicaciones y riesgos asociadas con el método utilizado para IVE.
- La probabilidad de que se presenten molestias luego del procedimiento, como dolor abdominal tipo cólico, además de las características del sangrado genital.
- Cuando puede reanudar las actividades de su rutina normal.

- Especificar el tiempo para el control de seguimiento post evento obstétrico.
- Apoyo psicológico.
- Confidencialidad de su información en salud.

Los establecimientos de salud que no cuenten con el equipamiento adecuado para realizar el procedimiento, deben garantizar la referencia o derivación efectiva inmediatamente, sin retrasos para que se brinde la atención integral tempranamente y que la edad gestacional no se convierta en una barrera de acceso al procedimiento para IVE. (62)

El procedimiento se realizará conforme la Ley Orgánica que regula la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación, y acorde al documento normativo que emita la Autoridad Sanitaria Nacional, para el efecto.

Asesoría y atención anticonceptiva post evento obstétrico

Considerar que, si el agresor se encuentra cerca del entorno familiar de la niña o adolescente, el uso de un método anticonceptivo únicamente evitará el embarazo subsecuente, pero seguirá expuesta a actos de violencia sexual; por lo que es fundamental el seguimiento del caso con el sistema de protección de derechos para garantizar la protección y/o separación de la niña o adolescente del círculo de violencia.

A pesar de que no existe una información específica en menores de 15 años de edad, se entregará información y asesoría completa y objetiva sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos, como también creencias y conceptos erróneos, características, efectos secundarios y la eficacia, de acuerdo los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos emitidos por la OMS, que les permita elegir el método acorde a sus necesidades y preferencias.

Por otra parte, existen algunos requerimientos propios de los métodos anticonceptivos a ser considerados: (63)

- Reversibilidad
- Fácil de utilizar
- Adecuado según la actividad sexual (para casos de adolescentes sexualmente activas)
- Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

El objetivo de la asesoría es lograr una adecuada y continua adherencia a un método anticonceptivo (MAC) que evite un nuevo embarazo en la adolescencia y que favorezca en ella la reestructuración de su proyecto de vida. El proceso de asesoría en anticoncepción debe llevarse a cabo desde el embarazo.

Se debe proporcionar asesoría en métodos anticonceptivos reversibles de acción

prolongada (implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos), ya que tienen tasas más altas de uso continuo y tasas más bajas de embarazos repetidos cuando se comparan con los métodos de corta duración. (63)

La atención posterior a un evento obstétrico constituye un proceso clave y una oportunidad del sistema de salud para garantizar la salud integral de las niñas y adolescentes que permita:

- Asesorar a la niña o adolescente y a su representante sobre el proyecto de vida.

- Dar seguimiento a la derivación realizada anteriormente en primer nivel y activar a los otros sectores del Estado para garantizar protección y prevención de otro tipo de vulnerabilidades, por ejemplo: Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Secretaria de Derechos Humanos.

- La asesoría y acceso efectivo a un método anticonceptivo para evitar embarazos subsecuentes y /o prolongar el período intergenésico. Se realiza según la pertinencia y la decisión de la niña o adolescente.

- Realizar un proceso adecuado de contrareferencia al primer nivel de atención.

En el caso que la niña o adolescente no dé de lactar, se produzca un aborto o se entregue al recién nacido en adopción, la utilización de anticonceptivos combinados no estará contraindicado; sin embargo, si se considera que la utilización de anticonceptivos orales combinados en este grupo poblacional tiene poca adherencia, se debe garantizar cualquiera de las opciones fundamentadas en los criterios médicos de elegibilidad. (63)

Además, se recomienda el uso correcto y constante de preservativos tanto masculino como femenino, como método de protección más eficaz contra las ITS, incluido el VIH.

Asesoría en el proyecto de vida

Las niñas y adolescentes que creen en un futuro prometedor, están motivadas para retrasar la iniciación de la actividad sexual, usar anticonceptivos con mayor regularidad y evitar embarazos o nacimientos no intencionados. Además, aquellas con promedios académicos más altos tienen más probabilidades de postergar la iniciación sexual, y utilizar métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. En contraste, las niñas y adolescentes que abandonan la escuela, tienen más probabilidades de una maternidad precoz.

El acceso a la educación constituye en sí mismo un factor protector frente al embarazo temprano. (12) Esta perspectiva contribuye a explicar por qué las

oportunidades educativas pueden ayudar a niñas y adolescentes a alejarse del comportamiento sexual de riesgo y a identificar señales de alerta de situaciones de violencia.

La asesoría específica en el proyecto de vida se ofrecerá a todas las niñas y adolescentes, que lo llevará a cabo el equipo de salud mental, y lo hará considerando las particularidades del caso de situaciones de violencia sexual, donde el sistema de protección y justicia son claves para reparar los derechos de estas niñas y adolescentes y fortalecer su proyecto de vida. El equipo de salud requiere abordar la tarea de apoyar en la reestructuración del proyecto de vida, de manera continua y secuencial, es así que, durante el control prenatal, cuando la niña o adolescente está en proceso de ajuste a la realidad del embarazo, es prioritario mantener la perspectiva de un futuro posible, evitar la revictimización, llevar esta intervención con los antecedentes del contexto de la niña o adolescente.

Se debe desarrollar una sesión en educación prenatal del tema: “Proyecto de vida”, para trabajarlo exclusivamente con niñas o adolescentes gestantes, a cargo del profesional de salud y en coordinación para esta sesión con los profesionales de salud mental, en la que se reflexione sobre las causas y consecuencias del embarazo y cómo enfrentarlo.

Cuadro 4. Ejemplo de elementos para asesoría sobre proyecto profesional

Meta: Quiero ser……..

Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Condiciones necesarias

Elaboración propia

Este plan se irá revisando y ajustando en el transcurso de la gestación, para monitorear su avance y cumplimiento. También se puede usar el siguiente esquema para explorar proyectos de vida en adolescentes en los diferentes ámbitos:

Cuadro 5. Esquema para exploración y diseño del proyecto de vida

Ámbito	**Objetivo** ¿Qué deseo?	**Tiempo** ¿En cuánto tiempo lo lograré?	**Estrategias** ¿Cómo lo voy a hacer?	**Apoyos externos** ¿En quién me puedo apoyar para lograrlo?
Personal				
Escolar				
Familiar				
Laboral				

Elaboración propia

De ser el caso, si trabajo social identifica que la niña o adolescente se encuentra fuera del sistema escolar, la abordará en conjunto con sus padres o representantes sobre las opciones de reinserción escolar para motivar la reestructuración de su proyecto de vida, y se coordinará con los DECE y/o el Distrito de Educación.

Durante el puerperio inmediato

Existirán casos en los que el área de trabajo social del establecimiento de salud o del Distrito de Salud tendrá el rol de coordinar con los DECE de los establecimientos educativos a los que pertenecen las niñas o adolescentes, para la adecuación curricular durante el puerperio o permiso de maternidad (hasta 3 meses) para asegurar la continuidad educativa de la madre niña o adolescente.

Durante el seguimiento post evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) y controles de salud de su hijo(a) de ser el caso

Básicamente, en este momento de la atención, se requiere el monitoreo y seguimiento de lo trabajado en los contactos previos con las niñas y adolescentes, es decir:

- El avance y progreso en el plan de vida y adherencia al MAC.
- CC El seguimiento de la reinserción y continuidad escolar a través del área de trabajo social, y psicología que realizarán el seguimiento a la resolución judicial de los casos.

Contrarreferencia al primer nivel de atención

Se debe garantizar la continuidad en la atención (cada mes hasta el primer año pos evento obstétrico), acceso a educación sexual integral basada en derechos y estándares internacionales, métodos de anticoncepción modernos, actividades de promoción de estilos de vida saludables, asesoría sobre opciones de proyecto de vida, reinserción escolar y de ser el caso, las actividades individuales y grupales de educación para el cuidado del RN y crianza.

Se debe analizar individualmente cada caso de niña o adolescente atendida por un evento obstétrico con el equipo multidisciplinario, en cuanto a la permanencia de atención en el segundo o tercer nivel.

Los profesionales tanto de psicología como de trabajo social, evaluarán la contrarefencia al primer nivel de atención y en el caso de ser pertinente, garantizarán que la contrareferencia sea efectiva, para lo cual se realizará la comunicación directa con los profesionales de salud del establecimiento de salud del área de influencia o del domicilio de la niña o adolescente, para informar y solicitar la atención para el seguimiento post evento obstétrico.

Es importante considerar que las niñas o adolescentes durante su embarazo o

parto acuden a los hospitales autoreferidas, y que los establecimientos de salud del primer nivel pueden ser totalmente desconocidos para ellas, por lo que es fundamental la articulación entre niveles de atención considerando la vulnerabilidad de este grupo etario.

Una vez que la niñas o adolescentes se encuentren en el primer nivel de atención, el equipo de profesionales de este nivel debe realizar el seguimiento integral intramural y/o extramural e intersectorial frente a la resolución del caso de violencia sexual, levantamiento de alertas sobre las falencias del sistema de protección para evitar complicaciones posteriores y vulneración de sus derechos. Además de promover la participación grupal en los clubes de adolescentes pertenecientes a los establecimientos de salud.

Este proceso busca garantizar el ingreso de la niña o adolescente menor de 15 años de edad, a un sistema de seguimiento y prevención (para evitar un embarazo subsecuente, evitar persistencia de la violencia, detección de problemas potenciales en su salud mental, abandono escolar, entre otros).

8. Abreviaturas

CP	Control prenatal
DI	Discapacidad intelectual
GPC	Guía de práctica clínica
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MAC	Método anticonceptivo
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSP	Ministerio de Salud Pública
NA	Niña o adolescente
RN	Recién nacido
TAPS	Técnico de atención primaria de salud

9. Referencias

1. (UNFPA) FdPdINU. Maternidad en la Niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. [Internet]. [Online].; 2013. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf
2. (OMS) OMdlS. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. [Online].; 2021. Available from: https://www.who.int/es/about/governance/constitution
3. Ecuador ANd. Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial Suplemento 180 de Versión reformada 17-feb.-2021. [Online].; 2014. Available from: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/03/COIP_act_feb-2021.pdf
4. Ayanaw Y YA&AT. Prevalence and Factors Associated with Teenage Pregnancy, Northeast Ethiopia, 2017: A Cross-Sectional Study. Journal of pregnancy. [Online].; 2018. Available from: https://doi.org/10.1155/2018/1714527
5. Río R LPMMBRBF. Embarazo adolescente. Rev Pediatría Electrónica. [Online].; 2008.
6. Topalovska D BIMNUE. Pregnancy in teenagers. [Online].; 2006.
7. (OMS) OMdlS. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). [Online].; 2015.
8. CW CS. Comportamiento Reproductivo y Fecundidad en América Latina. [Online].; 2014.
9. UNICEF UOO. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. [Online].; 2016. Available from: https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescen.pdf
10. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia U. Rutas de atención para la prevención del embarazo en la adolescencia. Atención integral e intersectorial para el restablecimiento de derechos en niñas y adolescentes embarazadas. [Online].; 2012. Available from: https://aicepsigestionparaelbuenvivir.files.wordpress.com/2015/11/aj-ruta-atencion-integral-ea.pdf
11. (OMS) OMdlS. Salud mental del adolescente. [Online].; 2020. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
12. Ecuador. ANd. Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Genero contra las Mujeres. [Online].; 2018. Available from: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar _ violencia_mujeres.pdf
13. (OMS) OMdlS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [Online].; 2020. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ .
14. Pinto B GR. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría : aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano.. [Online].; 2013.
15. Fernandez A FNLS. Prevención de la coerción y la victimización sexual entre iguales: respuestas educativas Universidad de Cantabria. [Online].; 2019. Available from: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/18437/Prevenci%c3%b3nCoerci .

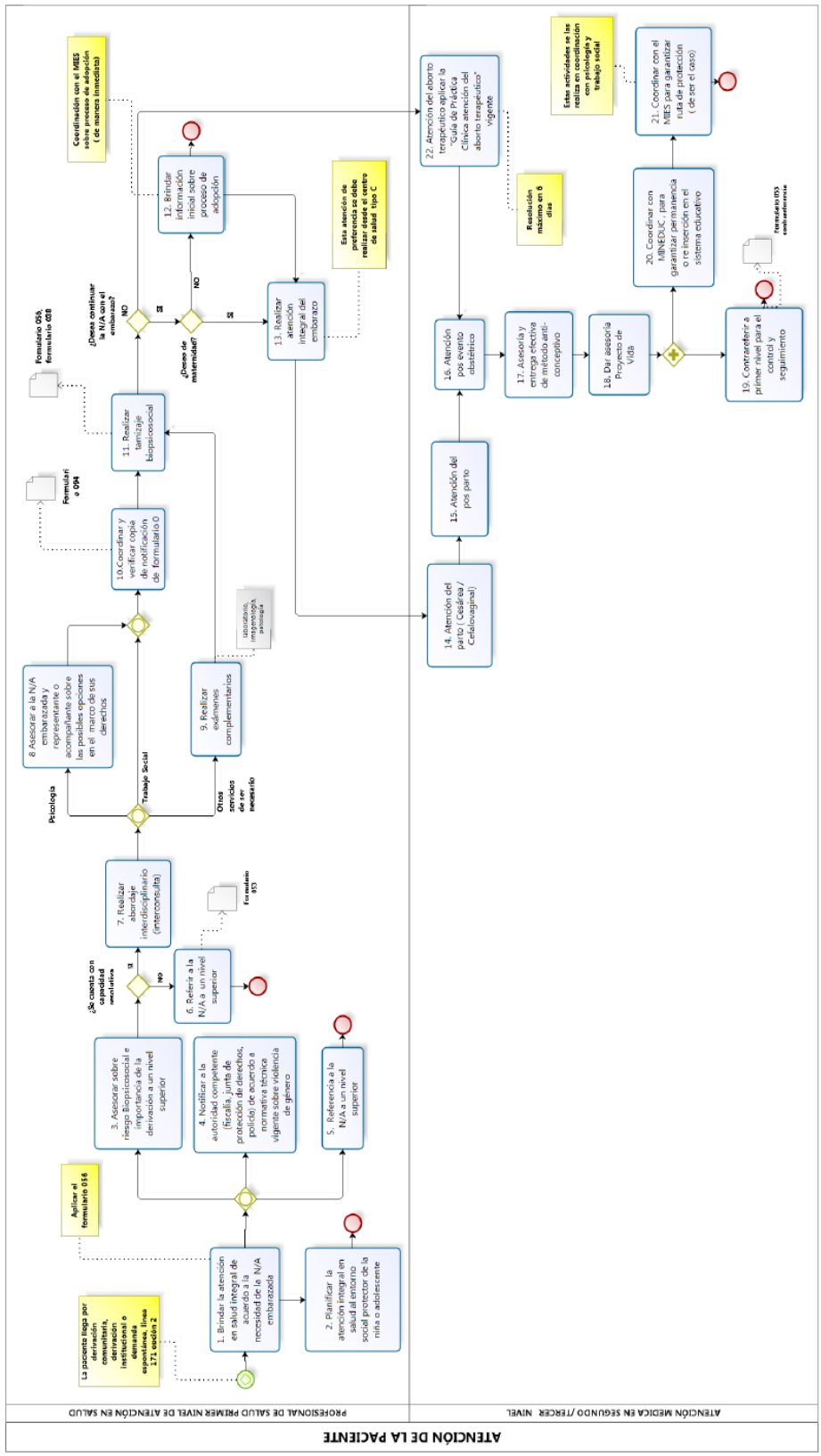
16. Ecuador MdSPd. Modelo de gestión de aplicación del consentimiento Informado en la práctica asistencial. [Online].; 2016. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP_Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
17. Carvajal J RC. Manual de Obstetricia y Ginecología Novena edición. [Online].; 2018. Available from: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf .
18. Vertel Betancur L CDL. A fortalecer ambientes protectores para la niñez Vol. 12 Crianza & Salud.. [Online].; 2013.
19. Torre MGdl. Las implicancias de considerar al niño como sujeto de derecho. Revista De Derecho. [Online].; 2018. Available from: https://doi.org/10.22235/rd.v18i2.1703
20. Ecuador CCd. Sentencia: No. 003-18-PJO-CC Derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes. [Online]. Available from: http://portal.corteconstitucional.gob.ec:8494/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=003-18-PJO-CC
21. Herrera JA GESALDWYFMea. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales. [Online].; 2006.
22. Consejo Nacional para la Igualdad de Genero. Glosario feminista para la igualdad de género. [Online].; 2017. Available from: https://www.igualdadgenero.gob.ec"
23. (INEC) INdEyCE. [Online].; 2021. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2021/Tabulados_series_historicas_nac_def_2021.xlsx
24. Unanue OCOAdS–CH. Diagnóstico de Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina. [Online].; 2017
25. Casas X CORRGD. Vidas Robadas: Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años.. [Online].; 2b016. Available from: http://clacaidigital.info/handle/123456789/977
26. UNFPA) MdSyPSdCFdPdINU. Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 Años. UNFPA. [Online].; 2014.
27. CLACAI F. Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional. [Online].; 2020. Available from: "https://clacaidigital.info/handle/123456789/1338"
28. Hutton K,NM,NJea. Salud mental y antecedentes socioeconómicos autoevaluados: un estudio de adolescentes en Suecia. [Online].; 2014.
29. McGrath CI KMHPea. Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder. JAMA Psychiatry. [Online].; 2013. Available from: "doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.143"
30. MSP. UNFPA. UNICEF. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. 2019.
31. MSP MSM. Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 - 2025. [Online].; 2018.
32. Ecuador MdSPd. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. [Online].; 2017.
33. Ecuador MdSPd. Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar Comunitario e Intersectorial - MAIS - FCI. 6 p. [Online].; 2014.

34. L R. Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los derechos Humanos. [Online].; 2008.
35. OPS OPdlS. Política de Igualdad de Género. [Online].; 2016. Available from: HYPERLINK "http://www.unicef.org/spanish/gender/3984_bigpicture.html"
36. Ecuador PdlRd. Ley Orgánica de Movilidad Humana. Supl Of No 938. [Online].; 2017. Available from: https://www.aduana.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/Ley-Organica-de-MovilidadHumana.pdf%0Ahttps://oig.cepal.org/sites/default/files/2017 _leymovilidadhumana_ecu.pdf
37. Lucas PM. Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. [Online].; 2014. Available from: “https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v16-n1-platero “
38. Pública MdS. Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. [Online].; 2015. Available from: http://salud.gob.ec .
39. Ecuador ANd. Código de la Niñez y Adolescencia. Ley 100Registro Oficial 737. [Online].; 2014. Available from: "https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf"
40. Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia: No. 34-19-IN/21 y ACUMULADOS. [Online]. Available from: https://portal.corteconstitucional.gob.ec/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=34-19-IN/21.
41. Gonzalez ACDJOA. Causal Salud: Interrupción Legal de Embarazo, Ética y Derechos Humanos. [Online].; 2009.
42. Ecuador C. Análisis Rápido de Género de Situación de Niñas y Adolescentes. [Online].; 2020. Available from: "https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2020/10/Analisis-Rapido-de-Genero-Octubre-2020-VF.pdf"
43. Gómez de la Torre V CPCM. Vidas robadas. Entre la omisión y la premeditación. Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador. [Online].; 2015. Available from: "http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/Vidas-Robadas-Ecuador.pdf"
44. Ecuador MdSPd. Instructivo de implementación de la estrategia de servicios de salud inclusivos en los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2018.
45. MSP MdSPdE. Guía de Supervisión Salud de Adolescentes. [Online].; 2014.
46. UNICEF SdGdSdAy. Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. [Online].; 2019.
47. MSP MdSPdE. Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. [Online].; 2019. Available from: "http://salud.gob.ec" http://salud.gob.ec .
48. Ecuador MdSPd. Manual de Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva. [Online].; 2017.
49. Uruguay MdSPd. Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. Estrateg intersectorial prevención del embarazo no intencional en Adolesc. [Online].; 2017.
50. Galindo OyAR. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. Avances en Psicología Latinoamericana. [Online].; 2012. Available from: "https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/"
51. L O. Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. RevPsicol.. [Online].; 2005.

52. Ministerio de Salud Pública. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica. Quito 2013. Disponible en: http://salud.gob.ec
53. Ecuador MdSPd. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. [Online].; 2015. Available from: "http://salud.gob.ec"
54. Ecuador CNdMd. Contribución conjunta para el examen del comité de derechos del niño. [Online].; 2017.
55. (OMS) OMdlS. The World Health Report. [Online].; 2012.
56. MJ M. Embarazo producto de violación: salud mental de las madres y vínculo afectivo con sus hijos. [Online].; 2018.
57. Ecuador MdSPd. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. Primera Edición. [Online].; 2015. Available from: "http://salud.gob.ec"
58. Ecuador MdSPd. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. [Online].; 2015. Available from: "http://salud.gob.ec"
59. Ponce R RCSC. Perfil sociodemográfico de las puérperas y su relación con el nivel de conocimiento sobre prevención de mastitis. [Online].; 2014. Available from: "https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66925/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf;jses"
60. GEDAT I. Embarazo Impuesto por Violación: niñas-madres menores de 14 años. Ipas Centroamérica Nicar. [Online].; 2016.
61. (OMS) OMdlS. The sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries. [Online].; 2011. Available from: "https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44590/9789241501552_eng.pdf;jsessionid=D63E25659187AADCAFC8943D36CEAC38?sequence=1"
62. (OMS) OMdlS. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. [Online].; 2014. Available from: "http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/"
63. (OMS) OMdlS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición. [Online].; 2015.

10. Anexos

Anexo 1: Flujo de atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad



Elaborado por: Equipo Redactor, Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional MSP

Anexo 2: Formato de declaración de entrega y recepción de información sobre las opciones frente al embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años de edad.

Nombre de la paciente:																	
C I N.º											Fecha de nacimiento						
Domicilio																	
Ciudad						Provincia						Edad			años		
Establecimiento de salud																	
N.º Historia clínica											Edad gestacional				Semanas		
Fecha de atención						Tiempo inicio de atención						Horas			Minutos		

Declaro que:

1. He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo.
2. He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas satisfactoriamente.
3. He sido informada que tengo derecho a recibir acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisiones, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto, la interrupción del embarazo, incluido el proceso de la adopción según sea el caso.
4. Mi decisión es libre y voluntaria, se basa en la información otorgada a mi persona por parte del equipo sanitario, sin ningún tipo de presión. Me han explicado que cualquiera que sea mi decisión tengo derecho a recibir atención médica y asesoría permanente.
5. De acuerdo con lo que me han explicado, puedo cambiar mi decisión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Me han informado sobre (colocar con una X en la información recibida):

Mi condición de salud se ve afectada por la continuación del embarazo	
Mi condición de salud podría verse afectada por la interrupción del embarazo	
Otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.	
El acompañamiento y asesoría a la que tengo derecho.	
La atención integral en el caso que decida continuar el embarazo	
Del procedimiento, condiciones y duración de los tipos de parto y los riesgos de los mismos	
De la notificación a la Fiscalía por tratarse de una violación.	
Declaración de recepción de la información	
Firma de la niña o adolescente:	
Representante legal si procede:	
Nombre:	
Teléfono:	CI:
Declaración de entrega de la información:	
Nombre del profesional de salud	Firma
Fecha de atención	Tiempo finalización de atención / Horas / Minutos
Nota: *El presente documento, se extiende en duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la niña o adolescente, representante o persona de confianza.*	

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Mgs. Manuel Mancheno	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretario	Firmado electrónicamente por: MANUEL ELICIO MANCHENO NOGUERA
	Mgs. Sandra Salazar	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria	Firmado electrónicamente por: SANDRA ELIZABETH SALAZAR OBANDO
Revisado	Mgs. Andrés Viteri	Dirección Nacional de Políticas Normatividad y Modelamiento de Salud	Director	Firmado electrónicamente por: ANDRES ALEJANDRO VITERI GARCIA
	Mgs. Mercedes Allauca	Proyecto Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes	Gerente	Firmado electrónicamente por: MERCEDES DEL PILAR ALLAUCA TIERRA
	Lcda. Verónica Pozo	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	Firmado electrónicamente por: VERONICA SOFIA POZO GUTIERREZ
Elaborado	Obst. Daniela Lisintuña	Proyecto Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes	Analista	Firmado electrónicamente por: DANIELA FERNANDA LISINTUNA JAGUACO

www.salud.gob.ec

MANUAL

Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad

@SaludEcuador @minsaec @Salud_ec

Ministerio de Salud Pública

UNFPA

unicef para cada infancia

República del Ecuador

Gobierno del Ecuador

GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE