

# ¿Quién decide el aborto en las adolescentes y adultas jóvenes? Y algunos datos correlativos. Una reflexión desde la práctica diaria

DRA. ALEJANDRA JULIA GIURGIOVICH<sup>1</sup>,  
DR. JULIO CESAR ARELLANO,<sup>2</sup>

## RESUMEN

Deseamos tomar como base del presente trabajo, una investigación presentada en 2019, en Vilnius, Lituania, en la cual nos preguntábamos ¿Quién decide la terminación del embarazo en adolescentes<sup>1</sup> cuando aún no existía la ley de ILE/IVE. Luego decidimos continuarlo, y por último realizar una comparación de nuestro objetivo posterior a la Ley de iLE/IVE.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de dos periodos 2017-2018 y 2000. Previo y posterior a la aparición de la Ley 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

*Objetivo Principal:* Investigar quién decidió el aborto voluntario en adolescentes y adultas jóvenes de hasta 25 años.

*Objetivos secundarios:* Investigar el impacto de la ley de interrupción legal del embarazo / interrupción voluntaria del embarazo (ILE/IVE), sus resultados, en el sector público y privado, así como la utilización previa y tipo de anticoncepción antes del aborto y número de embarazos previos.

*Material y métodos:* Se realizó una encuesta a adolescentes y adultas de has-

► 1- Especialista en Obstetricia y Ginecología, Certificada en Ginecología Infante Juvenil. Ex fellow FIJIG, NIH. Consultora de Allan Guttmacher Institute.

► 2- Médico de Planta del Hospital "Evita Pueblo" de Berazategui.

ta 25 años que habían sido internadas en el Hospital de Agudos Descentralizado “Evita Pueblo de Berazategui” y CAPS (Centros de Atención Primaria), que corresponden al área programática del Hospital y en clínicas privadas, a quienes se les había realizado un raspado uterino evacuador o aspiración, y que habían “decidido” abortar, acerca de quién fue la decisión de realizarlo y otras actitudes asociadas.

Observamos que, en el grupo menor de 15 años, en el periodo 2017-2018 decidían la madre, la pareja o la adolescente, mientras que en el mismo grupo en el periodo 2000, decidía más la pareja que la madre y comienza a aparecer la decisión de la niña, así como la decisión de los dos padres. En el mismo grupo, pero en el ámbito privado, tiene la decisión en ambos periodos, la madre ó los padres, no la adolescente o su pareja.

Se observó que, en el grupo de 16 a 20 años, en las adolescentes que concurrían al hospital público, la decisión de abortar era tomada por la pareja o la madre en ambos periodos y sólo en el 2000 aparece la decisión de la adolescente igualando a la decisión materna. Mientras en el ámbito privado, en el periodo 2017-2018 deciden más madre/padres, no la adolescente y en el 2000 la paciente o su madre toman la decisión, siempre con mayor prevalencia de la decisión de la pareja.

El grupo de 21-25 años, en el sector público, la decisión de la adolescente en ambos periodos, iguala a la de los pa-

dres o es mayor y en el sector de atención privada en ambos periodos prevalece la decisión materna/padres que la de la joven, casi no aparece la pareja.

En el sector público para el año 2020, donde aparece la ley de IVE/ILE, veíamos como en las menores de 15 años, ya comienza a aparecer su decisión, aunque es mucho mayor la injerencia de la pareja en la decisión de abortar. Aquí, finalmente, en la mayoría de edad, ellas toman decisión, pero aun es importante la toma de decisión materna, y casi no aparece la pareja.

*Conclusión:* En nuestro país desde la existencia de la “Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable” (Ley 25.673) y de la “Ley de ILE/IVE” (Ley 27610), los médicos deberíamos garantizar la voluntad de la paciente en cuanto a su embarazo, el cual deberá ser tratado y acompañado en forma respetuosa, idónea, igualitaria y universalmente si decide tenerlo, o brindar la información, ayuda médica e información apropiada si decide abortarlo. Luego brindar un anticonceptivo adecuado al deseo de la paciente, lo que es apropiado para resultados óptimos.

Para tener una idea más acabada de lo que ocurre en Argentina, ya que las leyes no son aplicadas por igual en todas las provincias, se debería realizar un estudio con mayor investigación del tema, pero a nivel nacional.

**Palabras claves:** adolescencia, aborto, ley ILE/IVE (Ley 27610).

## SUMMARY:

We wish to take as a basis of this work, a research presented in Vilnius Lithuania, in which we asked ourselves “Who decides the termination of pregnancy in adolescents” in 2019<sup>1</sup> where

the ILE/IVE law did not yet exist. And we decided to continue it.

A retrospective, descriptive and cross-sectional study was carried out from two different periods 2017-2018 and 2020. Prior and after the appearance of Law 27.610 regulates access to volun-

tary and legal interruption of pregnancy.

**Main Objective:** To investigate in adolescents and young adults up to 25 years old who had had a voluntary abortion, who decided it?

**Secondary objectives:** To investigate the impact of the law of legal interruption of pregnancy / voluntary interruption of pregnancy (ILE / IVE), its results, in the public and private sector, as well as the previous use and type of contraception before performing the abortion and number of previous pregnancies and the termination of them

**Material and methods:** A survey was conducted in adolescent women up to 25 years of age who had been admitted to the Hospital "Evita Pueblo- Berazategui - primary care centers and private clinics, who had undergone an evacuator uterine scraping or aspiration, and who had "decided" to abort. We ask them about whose decision was to abort that pregnancy and carry it out? and about some associated attitudes.

**Results:** We observed that the group under 15 years of age, in the period 2017-2018, decided the mother or the couple to have an abortion. The decision of the adolescent did not exist, while the same group in the period 2020, ded more the couple than the mother and begins to appear the decision of the girl, as well as the decision of the two parents. In the same group, but in the private health sector, the mother and/or parents, not the adolescent or her partner

It was observed that, in the group of 16 to 20 years of age, in adolescents who attended the public hospital, the decision to abort was made by the couple or the mother in both periods and only in 2000 the decision of the adolescent appeared equaling the maternal decision. While in the private health sector, in the period 2017-2018 more mother / parents decide

not the adolescent and in 2000 the patient or her mother make the decision, always with greater prevalence over the decision of her partner.

The group of 21-25 years, in the public health sector, the decision of the adolescent, in both periods, is equal to or greater than that of the parents and in the private care sector in both periods the maternal/parental decision prevails over that of the young woman. The couple hardly appears.

In the public sector for the year 2020, where the IVE/ILE law appears, we saw how in the adolescent children under 15 years of age, their decision is already beginning to appear, although the interference of the couple in the decision to abort is much greater. Here, finally, after 20 years of age, they make a decision, but maternal decision making is still important, and the couple almost does not appear.

**Conclusion:** In our country since the existence first of the "law of Sexual health and responsible procreation" (Law 25673) and "law Legal termination of pregnancy / voluntary termination of pregnancy (ILE/IVE) (Law 27610), doctors should guarantee the will of the patient regarding her pregnancy, which must be treated and accompanied in a respectful, suitable, egalitarian and universal way if she decides to have it, or provide appropriate information, medical help, or information if you decide to have an abortion. Then providing a contraceptive appropriate to the patient's desire is appropriate for optimal results. To get a more complete idea of what is happening in Argentina, since the laws are not applied equally in all provinces, a study should be carried out with more research on the subject at the national level.

**Keywords:** adolescence, abortion, law legal termination of pregnancy / voluntary termination of pregnancy (ILE/IVE) (Law 27610).

## INTRODUCCIÓN:

Deseamos tomar como base del presente trabajo, una investigación presentada en 2019 en Vilnius, Lituania, en el marco del “14th European Association of Pediatric and Adolescent Gynecology”, en la cual nos preguntábamos ¿Quién decide la terminación del embarazo en adolescentes?<sup>1</sup> donde aún no existía la ley de ILE/IVE y decidimos continuarlo.

Este trabajo tuvo su comienzo en el año 2016, luego cambió definitivamente por la ley de IVE por la IVE/ILE en 2021.<sup>2</sup>

Esta ley expresa lo siguiente:

Promulgada el 15/01/2021, entró en vigencia la Ley 27.610 que amplió los derechos vinculados a la interrupción del embarazo.

Ésta regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto de todas las personas con capacidad de gestar. Es de aplicación obligatoria en todo el país.

A partir de esta Ley, las mujeres y personas con otras identidades de género tienen derecho a interrumpir su embarazo:

- Hasta la semana catorce (14), inclusive, sin tener que explicar los motivos de su decisión
- Cuando el embarazo es resultado de una violación o si está en peligro su vida o su salud.

Asimismo, todas las personas tienen derecho a la atención post aborto más allá de si el mismo se produjo o no en las situaciones previstas por la ley, además de un acceso gratis, universal e igualitario a un método anticonceptivo.

De esta forma se allana el camino para aquellas mujeres que desean un aborto seguro, el cual debería ser respetado, atendido y acompañado por todos los efectores de salud.<sup>2</sup> Los que tienen objeción de conciencia, lo cual es un capítulo aparte, también deben res-

petar esta ley indicando donde realizar el aborto de forma segura, eso lo pide la ley de ILE/IVE, donde define muy bien esta figura jurídica.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hace referencia al derecho al aborto, por solo la solicitud de realizar, el mismo, como único requisito, hasta la semana catorce (14), inclusive, de gestación.

La interrupción legal del embarazo (ILE) hace referencia al derecho al aborto, es decir las siguientes situaciones:

- 1) En casos de violación, la persona tiene que firmar una declaración jurada, nunca es necesaria una denuncia judicial o policial de la violación para acceder a la práctica médica.
- 2) En los casos en que el embarazo ponga en peligro la salud o la vida, además de la firma del consentimiento informado por parte de la persona gestante, el equipo de salud debe constatar y hacer constar en la historia clínica esa situación de salud.
- 3) Firmar el “consentimiento informado”. El consentimiento es el proceso por medio del cual una persona, tras recibir toda la información necesaria y tomar una decisión, autoriza o no al profesional de la salud para realizarle una práctica sanitaria. Está enmarcado en los principios de autonomía de las personas, confidencialidad, privacidad y acceso a la información.

Toda persona a la que se le realiza o solicita un IVE/ILE, debe estar en conocimiento de que son derechos de todas las personas, con y sin discapacidad, así como a:

- Recibir atención totalmente gratuita tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas (incluyendo todos los estudios, medicamentos y prácticas que fueran necesarios).

- Acceder a la práctica de IVE/ILE en un plazo máximo de 10 días corridos, desde que la solicite.
- Recibir del personal de salud un trato digno y respetuoso de su autonomía.
- Que se garantice la privacidad en la consulta y la confidencialidad de toda la información vinculada a la atención.
- Recibir atención de calidad (de acuerdo a las recomendaciones científicas vigentes).
- Recibir información actualizada, comprensible, veraz, con lenguaje y formatos accesibles, según sus necesidades, sobre los procedimientos y los cuidados posteriores.
- Recibir atención de su salud a lo largo de todo el proceso e información sobre los distintos métodos anticonceptivos.
- Recibir métodos anticonceptivos en forma gratuita.
- -Acceder a los ajustes razonables (modificaciones en la atención de espacio, tiempo, comunicacionales, entre otros) necesarios para que puedan ejercer sus derechos.
- Contar, si así lo deciden, con apoyos de personas de su confianza durante el proceso de atención.
- Estas leyes, indefectiblemente se entrecruzan con mujeres de diferentes edades u otras identidades de género, por esto también deben conocerse otras leyes vigentes:

*Ley Nacional 25673<sup>3</sup> de Salud Sexual y Procreación Responsable.* Los objetivos de esta ley son: acceder a un programa de salud pública-programa nacional de salud sexual y procreación responsable-educación sexual-salud reproductiva y sexualidad-anticonceptivos-programa médico obligatorio. Para ello se creó el “Programa Nacional de Salud Sexual y

Procreación”, del cual es responsable el Ministerio de Salud de la Nación. Cuestionándose, actualmente el nombre del mismo, por la palabra “procreación”, ya que no necesariamente que sea una consulta o consultorio por desear o no “Procreación”, si el énfasis este puesto en el disfrute, placer y cuidado de la sexualidad, en forma eficiente y segura.

La ley cuenta con los siguientes lineamientos: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, se podría decir, “procreación cuando lo deseen o demanda de procreación”, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. En su art. 4º esta ley declara: La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849.<sup>4</sup>

Es destacable que, aunque es una ley Nacional, se invita a las provincias a participar en su artículo 13: “ARTICULO 13: - Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.”

*Ley Nacional 26130<sup>5</sup>. Contracepción Quirúrgica.* Establece que toda persona mayor de edad tiene derechos a acceder a la práctica quirúrgica denominada ligadura tubaria o de conducto deferente o vasectomía. En cualquier sistema de salud. Se realizará por una persona capacitada, con previa comunicación de los efectos positivos y negativos, alternativas y posibilidades o no reversibilidad de dicha práctica, y se excluirán a los incapaces, por el no poder de discernimiento. Se deberá realizar con un consentimiento informado.

*Ley 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.*<sup>6</sup> En su art. 1º esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Los derechos aquí reconocidos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño. La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces.

#### *IVE/ILE en niñas y adolescentes<sup>2</sup>:*

Las/os adolescentes de más de 16 años siempre pueden acceder a la IVE/ILE sin necesidad de estar asistidas/os, ya que son consideradas/os como personas adultas para decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo.

Las/os adolescentes desde los 13 hasta los 16 años pueden, en general,

acceder a la IVE/ILE sin necesidad de asistencia. Sólo en los casos en que por algún motivo particular la realización de la IVE/ILE implique un peligro grave para su salud o su vida, es necesario que estén asistidas/os de un/a referente afectiva/o, por personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas indicadas por la adolescente.

Las/os niñas/os menores de 13 años pueden acceder a la IVE/ILE con la asistencia de un/a personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivas. Estas/os deben participar en conjunto con la niña en la toma de decisiones y deben firmar también el consentimiento informado.

Como antes expresamos, hoy en Argentina, protegen a mujeres o personas con diferente identidad de género que desean realizarse un aborto, y aunque los profesionales presenten objeción de conciencia ante la situación de realizarlo, deben conocer las leyes antes expresadas, para no cometer un incumplimiento de misma en la práctica diaria.

Basados en estas leyes, realizamos un trabajo partiendo de la pregunta ¿Quién decide el aborto en adolescentes y adultas jóvenes? Qué otros posibles impactos secundarios podríamos hallar en el periodo donde ya existe la ley de ILE/IVE?

#### **Objetivo Principal:**

Investigar quién decidió el aborto en adolescentes y adultas jóvenes de hasta 25 años.

#### **Objetivos secundarios:**

Investigar el impacto de la ley de ILE/IVE, sus resultados, en el sector público y privado, así como la utilización previa y tipo de anticoncepción al aborto y número de embarazos previos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó una encuesta en adolescentes y adultas de hasta 25 años que habían sido internadas en hospitales públicos y en clínicas privadas, a quienes se les había realizado un raspado uterino evacuador o aspiración, y que habían “decido” abortar, acerca de ¿quién fue la decisión de realizarlo? y otras actitudes asociadas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Interzonal de Agudos Evita Pueblo de Berazategui.

Esta encuesta se realizaba en la visita posterior a la intervención y donde se definía o controlaba el método anticonceptivo suministrado.

El período se extiende entre enero de 2018 (Ley de ILE vigente) a enero 2021 (ley de ILE/IVE).<sup>2</sup>

Tanto en pacientes hospitalarias como del consultorio privado. Un total de 300 pacientes.

### **Tiempos en que se realizó el estudio:**

2017: primera prueba de campo de la encuesta, con pacientes internadas, las cuales, al interrogarlas dentro de la internación, todas resultaban ser abortos incompletos. Esto llevó a realizar encuestas en los consultorios, cuando iban por un anticonceptivo o a control, fuera de la internación o fuera del hospital o clínica.

La encuesta tuvo dos tramos: 2017-2018, solo con la ley de ILE y 2000 donde existía, lo que antecedió a la Ley de ILE/IVE, que fue una “zona gris”, en la cual se aconsejaba y acompañaba a la decisión tomada por las pacientes, con el uso del misoprostol, con consejerías en cuidados de salud, así como, pre y post aborto.<sup>8,9</sup>

Las preguntas eran:

¿Dónde y cuándo se realizó el aborto?, ¿Qué edad tenés?, ¿Usabas algún método anticonceptivo previo al emba-

razo?, ¿cuántos embarazos tuviste en total?, ¿cuál fue la razón de no continuarlo?, a quien le contaste que deseabas abortar?, ¿Quién decidió la finalización?

**Criterios de inclusión:** pacientes de hasta 25 años inclusive que habían quedado embarazadas y concurren al Hospital o la clínica con hemorragia genital, expulsión de material ovular o con dolores y hemorragia por la colocación de pastillas como misoprostol<sup>2</sup> y a las que se les realizó evacuación uterina vía AMEU (aspiración manual endouterino) o raspado uterino evacuador por un aborto incompleto o por haberse colocado pastillas para realizarlo.

**Criterio de exclusión:** pacientes que tuvieron abortos espontáneos, diagnóstico previo de huevo muerto y retenido, atraso menstrual sin ecografía previa, ni test de embarazo.

### **Criterio estadístico: porcentaje.**

#### **Prueba de campo:**

Se habían realizado 50 encuestas con las mismas preguntas dentro del establecimiento público o privado, durante la internación post evento quirúrgico, y todas las pacientes negaban haberse realizado alguna acción para perder su embarazo en forma voluntaria, por esto se decidió realizar el cuestionario en la consulta siguiente en consultorios donde se evaluaba la salud integral de la paciente, un método contraceptivo, aplicando la ley de salud sexual y reproductiva, retomando su motivo de internación, en donde se vió que sí aceptaban el haber abortado en forma voluntaria.

## **RESULTADOS:**

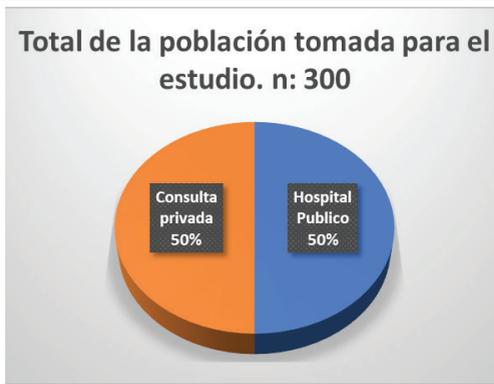
Desarrollo y reflexiones sobre los resultados de las preguntas del cuestionario.

## ¿Cuándo fue realizado el aborto y dónde?

Las 300 pacientes se clasificaron en dos grupos: hospitalarias (150) y de consultorio privado (150), a su vez se dividieron antes de la ley de IVE/ILE, con la ley de IVE/ILE (hospitalarias 75% y privadas 75%). Gráfico I.

El total de las pacientes (n:300) se las clasificó por franja etaria: menores o igual de 15 años (10%), de 16 a 20 años (30%) y de 21 a 25 años. (60%). Gráfico II.

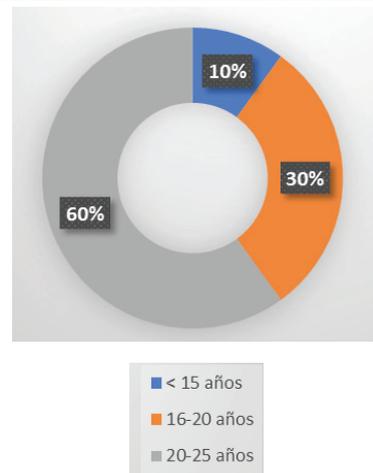
**Gráfico N° I:** Población estudiada.



Se dividió por periodo: 2017-2018 y luego del 2020 y por asistencia público y privado. Tabla I.

Se observa un discreto aumento en los abortos después del 2020 en ambos sectores públicos y privados, profundizándose en las mujeres de mayores de 16 años. En ambos sectores hubo un aumento de casos, aumentando algo más en el sector público: 32% a un 64 % en el público. Mientras que en el sector privado el aumento fue del 7,4%.

**Gráfico N° II:** Edad de la población estudiada.



**Tabla I:** "Total de abortos por edad, lugar y periodo de tiempo"

Edad En años	Hospital público n: 150 Número de pacientes		Asistencia privada n: 150 Número de pacientes	
	De 2017-2018	Después de 2020	De 2017-2018	Después de 2020
< 15	4	7	1	2
16-20	10	19	10	20
21-25	40	70	53	60
<b>Total</b>	54	96	64	76

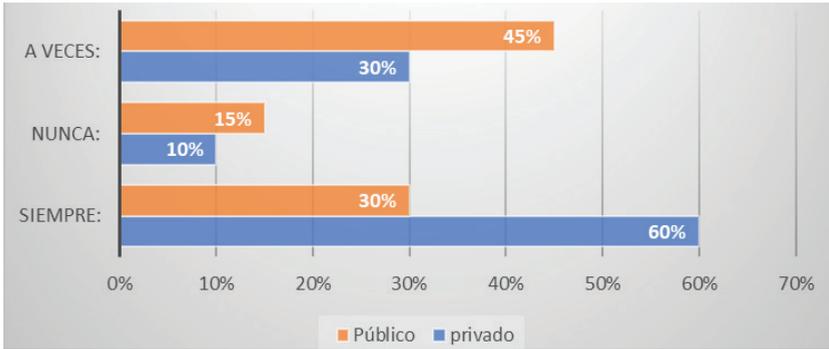
¿Usabas algún método anticonceptivo previo al embarazo?

Las respuestas eran: SI, A VECES, NO.

Las pacientes de a atención privada utilizaban preservativos siempre en ma-

yor proporción que comparadas con las hospitalarias, al contrario, las hospitalarias los utilizaban a veces en relación a las privadas. El ítem "ningún método", fue similar en ambos sectores. Gráfico III.

**Gráfico III** “Uso de algún método anticonceptivo antes del aborto”



Se presentan los porcentajes de las pacientes que usaron algún método previo al aborto, acorde a la edad: Tabla II.

**Tabla II** “Uso de por lo menos un anticonceptivo antes del aborto acorde a la edad”

Edad en años	Hospital privado n: 150 Número de pacientes		Hospital público n:150 Número de pacientes	
	De 2017-2018	Después de 2020	De 2017-2018	Después de 2020
< 15	37%	60%	20%	40%
16-20	70%	89%	75%	87%
21-25	95%	98%	90%	92%

Se puede observar que el uso de algún método, es mayor cuanto mayor es la edad y mayor en el sector privado que público, en ambas edades y periodos.

La relación de edad, educación y poder adquisitivo, y uso de anticonceptivos, está muy estudiado, y nuestro estudio muestra lo mismo que el corroborado con los datos nacionales<sup>10</sup>.

Si se observa un aumento de un 100% en franja etaria de menores de 15 años en el sector público, cuando se aumenta la oferta en la canasta de anticoncepción por el Ministerio de Salud.

La segunda franja que muestra aumento es de los 16 a 20 años en ambos sectores: sector privado es del 19% y en el público del 12 %, no muy importante en ninguno de los dos sectores.

Se lo podría adjudicar, la diferencia entre el sector público y privado a la faci-

lidad de adquisición y satisfacción a la demanda, ya que todos las prepagas absorbían el costo de los anticonceptivos orales y preservativos, desde hace 10 años.

Sólo a partir de 2020 suman las prepagas el dispositivo intrauterino (DIU) y el sistema intrauterino liberador de progesterona (SIU), así como anticoncepción quirúrgica.

Se preguntaba por el método anticonceptivo utilizado:

Preservativo con otro método, preservativo solo, siempre o a veces, anticonceptivos orales, inyectables, implante subdérmico, DIU, SIU, coito interruptus o nada, ligadura tubárica, vasectomía, anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). También lo brinda el gobierno en forma gratuita, pero se usa con preservativo o en casos de violencia sexual.

**Tabla III:** “Uso de preservativo en las pacientes que concurren a Hospital público y práctica privada”

Tipo de anticonceptivo	Hospital público n: 150 Número de pacientes		Asistencia privada n: 150 Número de pacientes	
	De 2017-2018	Después de 2020	De 2017-2018	Después de 2020
Preservativo con otro método,	12%	32%	25%	40%
Preservativo solo siempre	5%	1%	3%	2%
Preservativo solo a veces	10%	10%	12%	8%
ACO	50%	62%	65%	72%
DUI	7%	10%	6%	7%
SIU	0	3%	5%	5%
Implante intradérmico	0%	2%	0%	1%
Ligadura tubárica	5%	2%	2%	1%
Vasectomía	0%	1%	0%	1%
Inyectables	2%	4%	0%	2%
Coito interruptus	2%	3%	5%	2%
Nada	3%	2%	2%	1%
Total	100	100	100	100

Preservativo más otro método, no lo sumamos con el total ya que involucra: pastillas, AHE, DIU, SIU, etc. Igualmente, los porcentajes son bajos

Las adolescentes mayoritariamente utilizaban anticonceptivos hormonales (57,1%), de barrera (41,8%) y DIU (0,8%)<sup>7</sup>.

Si observamos en las muestras de pacientes hospitalarias y privadas, la utilización de anticonceptivo hormonal de emergencia, se involucra con el uso de doble protección, que por lo general siempre fueron bajas.

En relación al resto de métodos anticonceptivos, el porcentaje hallado en las muestras del uso de los distintos métodos se condice con los porcentajes nacionales del INDEC, 2018,<sup>10</sup> en primer lugar, anticonceptivos hormonales orales, luego preservativo con otro métodos y finalmente preservativo solo.

Coincide con los datos nacionales: (Encuesta nacional sobre SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Ministerio de Salud Insti-

tuto Nacional de Estadística y Censos – INDEC). Se mostraba que las mujeres de 14 a 49 años usaban e primer lugar anticonceptivos hormonales orales, en segundo lugar, preservativo y por último el DIU.<sup>10</sup>

#### ¿Tuviste embarazos anteriores? “Embarazo anterior” en el total de la población estudiada.

El porcentaje de un embarazo por lo menos en el gran Buenos Aires hasta los 19 años, va de 30 a 40%, dependiendo del partido del gran Buenos Aires que observemos y aumenta con la edad, en nuestro universo, coincide con los datos nacionales<sup>7</sup>.

Del total de pacientes (n: 300) 120 (40% del total de la población estudiada) habían estado embarazadas antes. De las cuales abortaron el 25%, ósea que este aborto era el segundo embarazo.

El aborto, acorde a un estudio presentado por la Dra. Vázquez, S. en 2018<sup>7</sup>, en provincia de Bs. As., cuando estaba aprobada la ley de ILE: sostenía que 2 de cada 10 adolescentes de hasta

19 años abortaba y que esto estaba relacionado con un mayor número que lo hacían, que no llegaban a los hospitales, el mayor temor del procedimiento y desconocimiento de las jóvenes mujeres de aspectos médicos y legales, sobre en jóvenes de bajos recursos económicos, no así en adolescentes de mayor poder adquisitivo<sup>10,11</sup>.

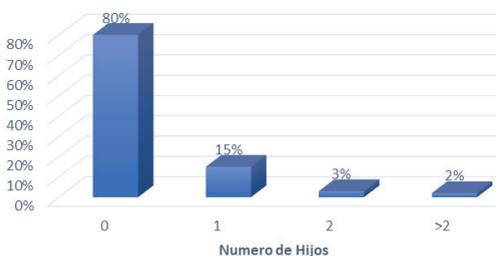
### ¿Cuántos hijos tenés actualmente, al momento de la encuesta?

Se les pregunto ¿cuántos hijos tenían?: ninguno, uno, 2, o más de 2. Gráfico: IV.

En el 80% de las pacientes, ese era el primer embarazo, el 15% el segundo, un 3% el tercero y más de 2 un 2%, siempre contando el que abortó.

Toda la población estaba en la encuesta porque ahora había elegido un aborto, a pesar de tener ó no hijos y se les preguntó: Tabla IV.

**Gráfico IV:** “Porcentaje de pacientes acorde al número de hijos que tenían”



En esta pregunta la respuesta era libre y las respuestas obtenidas fueron:

En la tabla V, se pregunta ¿quién decidió el aborto?

Y claramente se observa que en el ambiente público el que decide mayoritariamente, en cualquiera de los dos periodos tomados, es la pareja, luego la madre y por último la paciente.

Mientras que, en el ambiente privado, vemos que en primer lugar decide la madre, luego la pareja y por último la paciente.

Es interesante ver, que, en ninguno de los ámbitos, público o privado, no aparece la imagen paterna como parte de las decisiones.

También como a médico que va a pacienciando las leyes de IVE/ILE y las leyes de empoderamiento de las/los adolescentes en cuanto a salud y decisión sobre sus cuerpos, disminuye, aunque aún falta mucho, la decisión de la pareja.

Pero aun y sobre todo en la entidad privada, se observa el poder de la decisión materna por sobre la propia.

Observamos que el grupo menor de 15 años, en el periodo 2017-2018 decidían la madre, la pareja o la adolescente, mientras que el mismo grupo en el periodo 2000, decidía más la pareja que la madre y comienza a aparecer la decisión de la niña, así como la decisión de los dos padres. En el mismo grupo, pero en el ámbito privado, tiene la decisión en ambos periodos la madre o los padres, no la adolescente o su pareja.

Se observó que, en el grupo de 16 a 20 años, en las adolescentes que concurrían al hospital público, la decisión de abortar era tomada por la pareja o la madre en ambos periodos y solo en el 2000 aparece la decisión de la adolescente igualando a la decisión materna. Mientras en el ámbito privado, en el periodo 2017-2018 deciden más madre/padres no la adolescente y en el 2000 la paciente o su madre toman la decisión, siempre con mayor prevalencia de la decisión de la pareja.

A medida que la edad avanza tiende a tener más importancia la decisión de la adolescente.

**Tabla IV:** “¿cuál fue la razón de no continuar el último embarazo?”

Razón por la cual realizó el aborto	Pacientes hospitalarias N:150			Pacientes privadas N: 150		
	De 2017-2018	Después de 2020	Total	De 2017-2018	Después de 2020	Total
“No era el momento de tener un hijo”	2	1	3	4	3	7
“Ya tengo uno, y estoy sola”	5	4	9	1	1	2
“Ya tenía dos hijos”	3	2	5	0	0	0
“Mi pareja no quiso”	31	30	61	20	14	34
“No le dije a nadie. Decidí yo”	5	10	15	10	14	24
“Le dije a mi mamá y no quiso que lo tenga”	15	15	30	32	35	67
“Mis papas no quisieron porque tengo que terminar de estudiar”	2	1	3	3	5	8
“No me imaginé que estaba embarazada y me asusté. Decidí abortar.”	2	-	2	1	1	2
“Me dijo que era estéril y el no quiso tenerlo”	4	3	7	2	0	2
“Creí que yo era estéril y el no quiso tenerlo”	5	7	12	1	1	2
Otras:	1	2	3	1	1	2
Total	75	75	150	75	75	150

**Tabla V:** “Decisión por edad de realizar el aborto, en porcentaje”

Edad en años	Hospital público Pacientes n: 150		Paciente en consulta privada Pacientes n: 150	
	De 2017-2018 En % por grupo	Después de 2020 En % por grupo	De 2017-2018 En % por grupo	Después de 2020 En % por grupo
<b>&lt; 15</b>	n:4 (%)	n:7 (%)	n:2 (%)	n:2 (%)
<b>% Decisión</b>				
<b>Mia</b>	0	10	0	0
<b>Madre</b>	50	30	100	50
<b>Padres</b>	0	10	0	50
<b>Pareja</b>	50	50	0	0
<b>16-20</b>	n:21 (%)	n:18(%)	n:11(%)	n:13 (%)
<b>Mia</b>	10	30	0	20
<b>Madre</b>	20	30	40	50
<b>Padres</b>	0	0	30	0
<b>Pareja</b>	70	40	15	30
<b>21-25</b>	n:50 (%)	N:50(%)	N:62 (%)	N:60 (%)
<b>Mia</b>	40	50	30	40
<b>Madre</b>	20	30	40	30
<b>Padres</b>	20	0	20	20
<b>Pareja</b>	20	20	10	10
<b>Total</b>	75(100%)	75(100%)	75(100%)	75 (100%)

Finalmente, en el grupo de 21-25 años, en el sector público, la decisión de la adolescente en ambos periodos, iguala a la de los padres o es mayor y en el sector de atención privada en ambos periodos prevalece la decisión materna/ padres que la de la joven, casi no aparece la pareja.

## **DISCUSIÓN:**

Investigar ¿Quién decidió el aborto voluntario? en adolescentes y adultas jóvenes de hasta 25 años que habían tenido un aborto voluntario, en teoría, no fue fácil.

La primera prueba de campo se intentó realizar dentro de las instituciones, antes del alta, y fracasó, ya que las pacientes por lo general respondían que había sido espontáneo, o que lo decidieron ellas solas.

Por este motivo se cambió la estrategia y decidimos realizar la encuesta en el consultorio en oportunidad de control para el control en la que sugería o controlaba un método anticonceptivo.

Como en cualquier otro estudio, en el que se evalúa embarazo en adolescentes o adultas jóvenes, las menores de 15 años, siempre es el grupo de menor cantidad en pacientes, y el mayor es el de mayor de 17 años<sup>12,13</sup>. Nuestro estudio coincide con lo hallado por varios autores solo el 10% de las adolescentes tenía menos de 15 años.

Cuando encontramos menores de 15 años embarazadas siempre se sospecha y descarta la posibilidad de abuso sexual<sup>14,15</sup>.

Acorde a las investigaciones realizadas por el CEDES, demuestra que, en las menores de 15 años, por lo general los embarazos no son buscados, muestra como la cantidad de ILE asistidos en Argentina, fueron aumentado de 2014

a 2019, según el Programa de Salud Sexual CABA, 2014-2019, entre ellas el 8% eran menores de 20 años. También plantea y muestra estadísticas de los países que tienen hace años el aborto legal, que no ha aumentado con el correr del tiempo pero si disminuyó la mortalidad materna por esta causa<sup>16-21</sup>.

Las 300 pacientes se clasificaron en dos grupos: hospitalarias (150) y de consultorio privado (150) y pre y post periodo de ley de ILE/IVE, esto nos mostró un leve aumento de la utilización de los beneficios de la ley, y que el 12% volvió a un centro de atención público o privado, luego de la utilización del tratamiento para abortar.

Acorde a las estadísticas del CEDES, regresaba el 9% luego del tratamiento para abortar<sup>22</sup>.

En nuestra muestra se observó un discreto aumento en los abortos después del 2020 en ambos sectores públicos y privados, profundizándose en las mujeres de mayores de 16 años. En ambos sectores hubo un aumento de casos. Esto fue algo mayor en el sector público: 32% a un 64 % en el público. Mientras que en el sector privado el aumento fue del 7,4%.

En relación al uso, previo al aborto, de algún método anticonceptivo, las pacientes que concurrían a la atención privada utilizaban preservativos siempre en mayor proporción que comparadas con las hospitalarias, al contrario, las hospitalarias los utilizaban a veces que las privadas. El ítem "ningún método" se observó un número de pacientes fue similar en ambos sectores. Se observó que el uso de algún método fue mayor a medida que aumentaba la edad y mayor en el sector privado que público, en ambas edades y periodos.

La relación de edad, educación y poder adquisitivo, y uso de anticon-

ceptivos, está muy estudiado, y nuestro estudio muestra lo mismo que el corroborado con los datos de INDEC Y CEDES.<sup>7, 16,20</sup>

En esta muestra las adolescentes utilizan mayoritariamente anticonceptivos hormonales (57,1%), de barrera (41,8%) y DIU (0,8%) antes del embarazo. Estos datos concuerdan con los del Ministerio de Salud de la Nación de 2019.<sup>7</sup>

Por otra parte, la utilización de la utilización de anticonceptivo hormonal de emergencia observamos en las muestras de pacientes hospitalarias y privadas, se involucra con el uso de doble protección, que por lo general siempre fueron bajas. Coincide con los datos nacionales.<sup>9</sup>

En relación a un embarazo anterior hallado en el total de la población acorde a las estadísticas nacionales es de 30 a 40% en menores de 19 años y aumenta con la edad, en nuestro universo, coincide con los datos nacionales. Del total de las pacientes estudiadas (n: 300), 120 (40% del total de la población estudiada) habían estado embarazadas antes, de ellas 30 (25%) lo había abortado, por lo tanto, el aborto que se investiga en este estudio fue el segundo. Esto significa que el 60% del total (n: 120) con un segundo embarazo.<sup>7</sup>

El aborto, esto se relacionaba de acuerdo a la Dra. Vázquez y otros autores con el mayor temor del procedimiento y desconocimiento de las jóvenes mujeres de aspectos médicos y legales, sobre todo en jóvenes de bajos recursos económicos, no así en adolescentes de mayor poder adquisitivo.<sup>9</sup>

En relación al número de hijos que tenían en el momento de la encuesta: el 80% de las pacientes era su primer embarazo, el 15% el segundo, un 3% el tercero y más de 2 un 2%, siempre contando el que aborto.

En relación a nuestro hallazgo en la muestra y comparándolo con datos del FEIM,<sup>23</sup> en Argentina se determinó que, en el año 2020, aparentemente el número de embarazos aumentó, se produce 10 partos por hora. UNICEF,<sup>24</sup> presenta datos en los cuales muestra que hubo un descenso en los embarazos de chicas de 15 a 19 años, la cifra entre la población de 10 a 14 continúa estable en 2020.

Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019<sup>25</sup> el 70 % de los embarazos en adolescentes no son intencionales y ocurrieron en el marco de una relación sexual sin protección anticonceptiva o por imposición. Dato similar fue obtenido en nuestra muestra. El Plan ENIA también muestra que, en Argentina, una de cada cuatro adolescentes que tuvo su primer hijo entre 10 y 14 años, podría volver a ser madre antes de cumplir los 19 años. Este estudio muestra también que el 29% de las adolescentes que tienen hijos en maternidades públicas tienen su segundo hijo y hasta un tercero antes de los 20 años.

En relación a la razón de no continuar el último embarazo, por el cual ingresó a nuestra muestra de pacientes: la respuesta fue variada: pero vemos que, en el área pública y privada, la decisión de no tenerlo en las menores de 15 años fue de la pareja y las madres, en la franja de 16 a 10 años la decisión fue de la madre y la paciente, ya en las mayores de 20 años su decisión y la de su madre, ya no de la pareja.

Este párrafo creemos que es el mas importante, ya que hay leyes que empoderan a las adolescentes para decidir sobre el futuro de este embarazo, sin embargo, al momento de tomar la decisión no se respetan, o tal vez se desconocen.

En la tabla VII, en relación al año, se observa igual que en la decisión del aborto en general, como en los años 2020, y tal vez por la aparición de leyes

que empoderan a los/as adolescentes, va cambiando la toma de decisión, aunque nunca vimos que fue totalmente de la adolescente o adulta joven.

En el sector público para el año 2020, donde aparece la ley de IVE/ILE, veíamos como en las menores de 15 años, ya comienza a aparecer su decisión, aunque es mucho mayor la injerencia de la pareja en la decisión de abortar todavía. Aquí, finalmente, en las de mayor edad, ellas toman decisión, pero aun es importante la toma de decisión materna, y casi no aparece la pareja.

En el sector privado, para el 2020, en las menores de 15 años, la toma de decisión la realiza la madre, no la adolescente, en las adolescentes de más de 16 años, aparece su decisión, pero mayor es la de la madre por sobre su pareja, y finalmente en las de 21 a 25 años, la toma de decisión es la compartida entre ellas y su madre, desapareciendo las parejas.

Estos resultados, tal vez tengan que ver con el miedo al procedimiento<sup>7</sup>. Otros autores expresan que estos temores son mayores en las clases de menores recursos, por falta de información no de las de mayor poder adquisitivo, y sobre todo en adolescentes de 18 a 19 años<sup>11</sup>.

## CONCLUSIÓN

La OMS considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar de la maternidad, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos para evitar los problemas asociados al embarazo ado-

lescente. Esto es inequitativo en cuanto a realidad socio-económica y de edad.

En nuestro país desde la existencia primero de la "ley de Salud sexual y procreación responsable" y "luego de la ILE/IVE, los médicos debemos garantizar la voluntad de la paciente en cuanto a su embarazo, el cual deberá ser tratado y acompañado en forma respetuosa, idónea, igualitaria y universalmente si decide tenerlo, o brindar la información, ayuda médica o información apropiada si decide abortarlo. Luego brindar un anticonceptivo adecuado al deseo de la paciente es lo apropiado para resultados óptimos.

La comunicación a la paciente, su pareja y/o su familia de las leyes vigentes es fundamental. Explicar la despenalización, algo que parece no existir pero que en el inconsciente colectivo aún existe.

El conocimiento y cumplimiento por parte de las profesionales de las leyes vigentes no es opcional, es obligatorio, sino también de complicaciones a causa del uso de los métodos probados como, aun de métodos inseguros.

Por último, creemos en el ESI, Ley 26.150<sup>26</sup> y educación sexual y procreación responsable, la cual está realizada en forma integral, completa e interdisciplinaria, pero que también nos obliga a tomar a la adolescente como persona de derecho, ni los padres, ni la pareja ni los médicos podemos decidir sobre ella y su embarazo, solo en las acepciones que explicitan las leyes.<sup>26, 27, 28</sup>

## REFERENCIAS

1. Giurgiovich, A.; Julio A.; Holgado Maria. Lecture: "Who desiders the termination of pregnancy in adolescents. and young adults. a reflection from practice." in the 14th europen association of pediatric and adolescent gynecology. in Vilnius, Lituania, on 7-10 june 2019.
2. Ley 27610 IVE/ILE de Interrupción Voluntaria del Embarazo. <https://registrocivil.rionegro.gov.ar/articulo/37789/como-es-el-abordaje-de-la-ley-de-interrupcion-legal-y-voluntaria-del-embarazo>.
3. Ley nacional de salud sexual y procreación responsable nº 25673 y decreto reglamentario 1282/2003. <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario>.
4. Ley Nº 23.849 Apruébese la Convención sobre los Derechos del Niño. Sancionada: Setiembre 27 de 1990 Promulgada de hecho: octubre 16 de 1990. [servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anejos/04999/249/norma.htm](http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anejos/04999/249/norma.htm)
5. Ley 26130. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26130-119260>
6. LEY 26061 Menores Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_de\\_proteccion\\_integral\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_de_proteccion_integral_0.pdf)
7. El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina Documento técnico Nº 5 Mayo 2019. Ministerio de la Nación. 2019.
8. Vázquez, Sandra. Aborto. En Adolescencia y embarazo. Una mirada integral de la maternidad y la paternidad. Edit. Ascune. Pag. 212. 2011
9. Vázquez, Sandra, Calandra, Nora y col. Un nuevo desafío en la atención de adolescente. Consejería pre y post aborto. Rev. SAGIJ. 2006. 13(3).
10. Encuesta nacional sobre SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Ministerio de Salud Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC Documento de Trabajo Nº 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos.2018
11. Vázquez, S., Gutiérrez, M.A., Calandra, N. y E. Berner. El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes en: Checa, S. (comp.) Realidades y coyunturas del aborto. Ed. Paidós. 2006.
12. Vázquez Laba, V. y M. Páramo Bernal. "Mujeres migrantes, indígenas y pobres ante los servicios de salud", en Revista Medicina, Salud y Sociedad, agosto-septiembre, Buenos Aires. 2013.
13. Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M.y A. Capriati. 2012. "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires" en: Sexualidad, Salud y Sociedad. Nº 12, p. 164-197. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Río de Janeiro. Brasil. 2012
14. Giurgiovich.A.; Licenciada Silvina Raffa. Licenciada Mercedes Peña y colaboradores. "Adolescencia y Embarazo. Una mirada integral de la maternidad y la paternidad". Editorial Ascune Hnos. Noviembre de 2010.
15. Giurgiovich, A.; Licenciada Silvina Raffa, Licenciada Mercedes Peña Direc-

- tora Médica y autora del Módulo para el Curso de Capacitación a Distancia: Adolescencia y Embarazo. Módulo 2. Autoras: Dra. Alejandra Giurgiovich, Licenciada Silvina Raffa, Licenciada Mercedes Peña. Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires. Distrito I. La Plata. Fecha de Catalogación: 29/10/2007.
16. Giurgiovich, A. "Protocolo de Abuso sexual Infantil". En Abuso Sexual Infantil. SAGIJ. Editorial Ascune. 2007.
  17. Giurgiovich, A.; Lic. Mercedes Peña, Lic. Silvina Raffa. Aspectos legales del abuso sexual: En el libro: Aspectos interdisciplinarios para enfrentar al abuso y violencia sexual. Autores: Julio Cukier, Alejandra Julia Giurgiovich, Sebastián Cukier y col. Editorial Ascune. Buenos Aires. Argentina. Marzo 2017. Pag. 219-242.
  18. Insúa, Iván, Romero, Mariana, Ramos, Silvina. Análisis de la situación del aborto en la Argentina. 2019 <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3036>,
  19. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales – Información básica 2018. <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/serie-5-estadisticas-vitales/>
  20. Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. 2017 <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/documento-plan-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no-intencional-en-la-adolescencia-2017>
  21. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lambers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Feb;192(2):342-9. doi: 10.1016/j.ajog.2004.10.593. PMID: 15695970.
  22. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI). Los costos de reparación en niñas menores de 15 años forzadas a ser madres producto de violación sexual. 2019. <https://clacai.org/portfolio-item/los-costos-de-reparacion/>
  23. Organización Mundial de la Salud. 25 de septiembre de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail>.
  24. Socorristas en Red. Sistematización de acompañamientos a abortar realizados en el año 2019 por Socorristas en Red (feministas que abortamos). <https://socorristasenred.org/wpcontent/uploads/2020/04/Sistematizacion2019.pdf>).
  25. FEIM: Semana de la Prevención del embarazo no planificado: en Argentina se producen 10 partos adolescentes por hora. [https://www.facebook.com/login.php?skip\\_api\\_login=1&api\\_key=966242223397117&signe](https://www.facebook.com/login.php?skip_api_login=1&api_key=966242223397117&signe)).
  26. UNICEF. Embarazo en la adolescencia. 2020. [www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/puedodecidir2020](http://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/puedodecidir2020)
  27. Plan ENIA – Argentina. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan\\_enia.\\_recorrido\\_logros\\_y\\_desafios\\_mayo\\_2020.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_enia._recorrido_logros_y_desafios_mayo_2020.pdf),
  28. Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (2006) (2009) <https://identidadydiversidad.adc.org.ar/normativa/ley-26-150-de-educacion-sexual-integral-2006-2009/>