

# INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO PARA ADOLESCENTES

Si bien el embarazo en mujeres entre 12 y 19 años de edad ha descendido en México, el embarazo no deseado entre adolescentes es un problema vigente, pues afecta su proyecto de vida y pone en riesgo su salud. Además es un problema de justicia social, ya que este grupo poblacional suele ser discriminado, ante la limitada oferta de servicios de salud reproductiva. El acceso a métodos anticonceptivos es insuficiente y la opción de una interrupción legal del embarazo (ILE) se limita a determinadas circunstancias y enfrenta obstáculos.

Aunque el marco de derechos humanos que protege los derechos reproductivos de las menores de 18 años es sustantivo, en México persisten algunas contradicciones legales y falta traducir los compromisos internacionales en leyes, normas o políticas públicas.

Para avanzar en este tema hay que tener claro —en primer lugar— que las adolescentes gozan de los mismos derechos sexuales y reproductivos que protegen a todas las mujeres. Las causas admitidas para practicar un aborto legal varían en cada estado de

la República, pero en todos ellos el aborto está permitido cuando el embarazo es resultado de una violación, en la mayoría cuando la vida de la mujer esté en peligro, y en once entidades federativas se admite para preservar la salud de la embarazada. Solo en el Distrito Federal, la legislación permite el aborto voluntario (dentro de las primeras 12 semanas de gestación).<sup>1</sup>

## ¿Por qué hablar de servicios de ILE para adolescentes?

Diversas razones hacen necesario legislar y favorecer el acceso de las adolescentes a servicios adecuados de aborto: a los 19 años 50% de las mexicanas ya han tenido relaciones sexuales,<sup>2</sup> ningún método anticonceptivo es cien por ciento seguro, la incorporación de la educación sexual en los planes de estudio es un tema aún pendiente y las campañas de planificación familiar del sector salud se han enfocado más en las mujeres unidas y mayores de 20 años (entre quienes el uso de anticonceptivos

promedia 71%, mientras que entre adolescentes es de 39.4%).<sup>3</sup> Esta tendencia se ha acentuado, toda vez que la demanda insatisfecha de anticonceptivos en el grupo de 15 a 19 años pasó de 26.7% en 1997 a 36% en 2006.<sup>4</sup> Un estudio realizado en 2005 mostró que más de la mitad de las adolescentes embarazadas no deseaban embarazarse, pero no habían utilizado anticonceptivos porque: los desconocían, no planearon la relación sexual, o no tuvieron acceso a servicios de planificación familiar.<sup>5</sup>

Se ha documentado que la tasa de aborto disminuye cuando aumenta el uso de anticonceptivos, pero que ese decremento ha sido menor entre adolescentes. De 1987 a 2003, el descenso general del aborto fue de 22.7 a 19.8%, pero entre las mujeres de 15 a 19 años el descenso ha sido menos significativo: de 10.7 a 8.7% en zonas urbanas.<sup>6</sup>

La Secretaría de Salud calculó en 2005 que entre 30 y 60% de los embarazos en adolescentes terminan en abortos inducidos, dato que muestra la urgencia de adoptar políticas públicas al respecto.<sup>7</sup> Desde una dimensión biomédica, el embarazo temprano se considera de alto riesgo, pues compromete la salud —entendida como un estado de completo bienestar— de la joven.<sup>8</sup> Además, la mortalidad materna (es decir la que ocurre por embarazo, parto o aborto) es 1.2 veces mayor en mujeres menores de 19 años.<sup>9</sup>

## Marco de protección del derecho de las adolescentes a la ILE

De acuerdo con el concepto de igualdad en el marco de los derechos humanos, el acceso de las adolescentes a la interrup-

ción legal del embarazo no tendría por qué ser distinto al que existe para las mujeres en general.

El derecho a la salud reproductiva se apoya en el derecho a la salud protegido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), las recomendaciones de su Comité de vigilancia y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Este último instrumento, además de garantizar a los y las adolescentes el derecho a la información, a la educación sexual y a los servicios de planificación familiar, reconoce su derecho a servicios de calidad en relación con la interrupción del embarazo, de conformidad con lo indicado en su Programa de Acción, en la parte final del Párrafo 8.25:

En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.

En el ámbito jurídico nacional, el derecho a la salud reproductiva de los y las adolescentes está protegido por la Ley General de Población, la Ley General de Salud y la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.<sup>10</sup>

### Contradicciones y obstrucciones

A pesar de que hay un marco legal sustantivo, existen contradicciones en reglamentos institucionales que obstaculizan los servicios para adolescentes. Una de ellas es la exigencia de la presencia de un adulto o familiar cuando un menor de 18 años acude a consulta o necesita un tratamiento médico. Tal es el caso del Reglamento de la Ley General de Salud

en Materia de la Prestación de Servicios de Atención Médica y del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Aunque el sentido de estos reglamentos es proteger al menor de cualquier abuso, desde la perspectiva de sus derechos humanos contradicen el principio de confidencialidad. Además, se ha encontrado que este tipo de exigencias inhiben la presencia de adolescentes en consulta externa de servicios de salud sexual y reproductiva.

Otra consideración importante está en la Norma Oficial Mexicana sobre el Expediente Clínico, donde se señala que toda adolescente requiere autorización de sus padres o tutores cuando se le va a practicar una intervención quirúrgica, como es el caso del aborto.

Estas reglamentaciones son uno de los más evidentes obstáculos para el acceso a un servicio —expedito y de calidad— de ILE. En la práctica, los prestadores de servicios de salud —comprometidos con el bienestar integral de sus usuarias y con los derechos sexuales y reproductivos— pueden atender la solicitud de ILE que les hace una adolescente considerando su situación específica y valorando su madurez y capacidad de tomar decisiones responsables y autónomas. Esa chica que llega a pedir un servicio muchas veces teme la reacción de sus padres ante su embarazo, pero un prestador de servicios experimentado sabe que, con una buena consejería, lo más probable es que la propia adolescente decida involucrar a sus familiares en una decisión tan importante como puede ser la de dar a luz o la de optar por un aborto legal. En todo caso, el solo acompañamiento de un adulto —de la confianza de la joven— bastaría en caso de presentarse un problema.

Más allá de la normatividad, es importante considerar que en muchas ocasiones existen prejuicios y actitudes negligentes entre los prestadores de servicios, que contribuyen sustancialmente a dificultar el acceso de las adolescentes a la ILE. Estudios cualitativos han encontrado un gran desconocimiento —tanto de las autoridades como de los prestadores de servicios— del marco jurídico nacional, de los convenios internacionales y de los conceptos de salud sexual y reproductiva. Además, se reporta la carencia de una formación especializada, que permita atender adecuadamente a la población adolescente y joven.<sup>11</sup> En los Centros de Atención Rural al Adolescente, del IMSS, 22.9% de los adolescentes reportaron una relación incómoda con el personal médico y 17.6% con las enfermeras. Una de las principales dificultades para establecer una comunicación eficaz, es el lenguaje técnico que utiliza el personal de salud y que los usuarios no comprenden.<sup>12</sup>

### **Recursos para superar los obstáculos**

Las adolescentes tienen derecho a acceder a una ILE sin ser discriminadas por ser menores de edad. Por ello hay que exigir el cumplimiento de las leyes nacionales y de los convenios internacionales que protegen sus derechos y estimular su aplicación mediante normas claras y políticas públicas dirigidas a este grupo de edad.

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por México en 1990, se considera un acto de discriminación por edad el excluir a los menores de 18 años de los derechos humanos que tiene el resto de la población. En el caso de conflicto de intereses con

la opinión de sus padres, dicha convención afirma que se impondrá siempre el *interés superior del menor*.

En el caso de posiciones en conflicto, de un menor de edad frente a un mayor (sea padre o tutor), la legislación mexicana protege también el interés superior del menor. La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2000) suscribe en su Artículo 4°:

De conformidad con el principio del interés superior de la infancia, [...] el ejercicio de los derechos de los adultos no podrá, en ningún momento ni en ninguna circunstancia condicionar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

La libertad de conciencia y religión se extiende también a los y las adolescentes, específicamente en el Artículo 36 de dicha ley.

Otro acuerdo vinculante para México, suscrito por el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, incluyó el derecho a controlar la salud y el cuerpo, la libertad sexual y reproductiva, como parte del concepto del derecho a la salud, y especifica:

La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.<sup>13</sup>

Más directamente relacionado con los derechos reproductivos, el Comité de la CEDAW afirmó que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico, indispensable para que la mujer pueda ejercer su derecho al más alto nivel posible de salud, y recomendó:

Los Estados Partes deben garantizar, sin prejuicio ni discriminación, el derecho

a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas [...] En particular, los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.<sup>14</sup>

En el ámbito nacional, la no discriminación por edad se garantizó al reformarse en 2001 el Artículo 1° constitucional, para extender a los menores todas las garantías y derechos humanos. En la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003), se afirma específicamente que los y las adolescentes deben gozar de todos los derechos humanos, sin importar su orientación sexual, condición de salud u opiniones. Además, se subraya la necesidad de garantizar el acceso universal a información sobre métodos anticonceptivos y a servicios de salud reproductiva.

De acuerdo con el conjunto de instrumentos analizados, el derecho de las menores de edad a la ILE es exigible bajo las mismas causales contempladas en la legislación de cada entidad federativa. Por ello, si la familia de la menor es contraria al aborto, esta posición no deberá prevalecer sobre la voluntad y el bienestar de la adolescente, cuyo interés superior debe ser protegido.

### **Los retos pendientes**

El derecho de las adolescentes mexicanas a servicios de interrupción legal del embarazo está suficientemente protegido por el marco legal e institucional, pero es necesario superar restricciones normativas y culturales.

Los derechos reproductivos de las menores de 18 años están reconocidos en la

Constitución y en diversas leyes federales y estatales, además de estar ampliamente protegidos por el marco internacional, en instrumentos suscritos por el Estado mexicano ante las Naciones Unidas. Sin embargo, hace falta aterrizar esos compromisos en la Ley General de Salud y en reglamentaciones específicas que obliguen a las instituciones públicas de salud y a los prestadores de servicios a respetar los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, incluyendo la educación sexual, la consejería, la planificación familiar y la interrupción legal del embarazo. Ejemplos exitosos en ese sentido son Baja California y el Distrito Federal, que recientemente han incluido el concepto de interés superior de la menor, para casos de ILE por violación.<sup>15</sup>

Más allá de leyes y reglamentaciones, toda vez que persisten actitudes que obstaculizan el ejercicio de los derechos reproductivos, es necesario comprometer a los tomadores de decisión en el poder ejecutivo para capacitar a los prestadores de servicios en habilidades especiales y dotarlos de instrumentos que les permitan mejorar la calidad de la atención y hacer más amigables los servicios de salud reproductiva —incluyendo la ILE— para las adolescentes. Además, sería conveniente vincular al sector salud con el educativo, para fortalecer la prevención de embarazos no deseados.

Por razones culturales y discriminatorias, es común que se violenten los derechos de las menores de edad y no se les considere en términos de igualdad con respec-

to a los adultos. Por ello, los medios de comunicación tendrían que asumir un compromiso social para difundir la cultura de los derechos humanos. Hace falta reconocer las capacidades intelectuales, racionales y morales de toda adolescente, así como garantizar su derecho a la autonomía y a decidir sobre su cuerpo con responsabilidad y de acuerdo con su proyecto de vida.

En un Estado laico, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos del sector salud deben dejar de lado sus creencias personales y religiosas para brindar servicios de calidad a las adolescentes, su deber es ofrecerles las opciones a las que tienen derecho, para que puedan tomar mejor sus decisiones y vivir su sexualidad de manera libre, informada y placentera. Aún cuando —a título individual— el médico tiene derecho a la objeción de conciencia, las instituciones públicas de salud están obligadas a contar permanentemente con personal no objetor, para garantizar a todas sus usuarias —menores o no— libertad de elección y acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

#### Notas

\* GIRE agradece la colaboración de Gabriela Rodríguez, Directora de Afluentes.

<sup>1</sup> Ver las causales de ILE, por entidad, en GIRE, *Leyes del aborto en México*, México, junio 2007, [Hoja Informativa].

<sup>2</sup> Welti, C., “Inicio de la vida sexual y reproductiva”, en Chávez, A. M. et al., *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaría de Salud, 2007, p. 69.

<sup>3</sup> CONAPO, *La situación demográfica de México 2006*, México, 2006, p. 52.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 59.

<sup>5</sup> Menkes, C. y L. Suárez, “El embarazo adolescente en México: ¿es deseado?”, ponencia presentada en *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*, convocada por Population Council, El Colegio de México, 17 al 19 de agosto de 2005.

<sup>6</sup> Núñez Fernández, L., “El aborto en México y líneas de investigación para su estudio” ponencia presentada en *Reunión Paralela “El aborto en América Latina y el Caribe”, XXV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*, Tours, Francia, 18 al 23 de julio de 2005, p. 5.

<sup>7</sup> Secretaría de Salud, *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas*, México, 2006, p. 158.

<sup>8</sup> Sobre la íntima relación entre aborto y salud, ver GIRE, *Aborto, salud y bienestar*, México, marzo 2007, [Hoja Informativa].

<sup>9</sup> Secretaría de Salud, *op. cit.*

<sup>10</sup> Ver Mesa, A. et al., *Marco internacional y nacional de los derechos sexuales de adolescentes*, México, CDHDF y Afluentes, 2005, 201 pp.

<sup>11</sup> Ver Stern, C. y D. Reartes, *Programas de salud reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal, estudio de dos servicios de atención*, México, El Colegio de México, 2001, [Documentos de Trabajo, 5]. Reartes, D., “La planificación sexual en adolescentes y jóvenes: una aproximación socio-antropológica a las representaciones y prácticas de un grupo de médicos generales” en Stern, C. y E. García, *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción*, México, El Colegio de México, 2001, [Documentos de Trabajo, 6].

<sup>12</sup> IMSS, *Diagnóstico de salud de las zonas marginadas rurales en México. 1991-1999*, México, 2001, p. 196.

<sup>13</sup> Comité DESC, *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 22 período de sesiones, 2000, Párrafo 24.

<sup>14</sup> Comité CEDAW, *Recomendación General 24. Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, 20 período de sesiones, 1999, Párrafo 18.

<sup>15</sup> El Procurador General de Justicia del DF publicó en la Gaceta Oficial del 1 de septiembre de 2006 el Acuerdo A/004/06, con el que se establece el instructivo a seguir en dichos casos. En el mismo sentido, y dentro del marco del Acuerdo de Solución Amistosa del caso de Paulina Ramírez, Baja California reformó el Artículo 79 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del estado, mismo que publicó en su Periódico Oficial el 13 de octubre de 2006.

*Vida es tener opciones y derecho a elegir*