

MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA Y SU IMPACTO INTERGENERACIONAL:

Consecuencias de las restricciones legales al aborto

1. EL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

En España (2014) residen 830.790 chicas con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años ambos inclusive, siendo el 11,14% de nacionalidad extranjera. Antes de los 19 años el 69,4% de las chicas y el 71,5% de los chicos han iniciado su actividad sexual no utilizando ninguna protección anticonceptiva en el 40% de los casos. En 2013, fueron madres 5.391 chicas de 18 años o menos y se registraron tasas de fecundidad entre las chicas extranjeras menores de 19 años que triplicaron las de las españolas. Ese mismo año, la tasa de aborto para el grupo de edad de 19 años o menos fue de 12,23 (11.771 chicas recurrieron al aborto legal) y se estima que seis de cada diez embarazos fueron interrumpidos. Tanto la tasa de aborto como la de natalidad se sitúan en una franja media en comparación con los países de nuestro entorno.

En los países desarrollados, los abortos que se producen durante el primer trimestre de gestación suponen una amplísima mayoría aunque se observa una fracción (en España 9,87% de los abortos en 2013 y 12% como media en países de nuestro entorno) prácticamente invariable a lo largo de los años de abortos inducidos después de las trece semanas de gestación. El aborto durante el segundo trimestre de gestación continua siendo un procedimiento médico seguro con un riesgo de mortalidad materna inferior al del parto pero por cada semana adicional después de la decimotercera semana de gestación, el riesgo relativo de mortalidad materna sufre un incremento del 38%. *Las adolescentes y mujeres vulnerables y en desventaja tienen una presencia significativamente elevada en el colectivo que recurre al aborto tardío.*

Los sistemas legales que prevén requerimientos administrativos como el consentimiento parental obligatorio provocan un desplazamiento del aborto a edades gestacionales más avanzadas, alimentan el estigma y su impacto negativo en la salud mental de las adolescentes, disminuyen la seguridad jurídica de las menores y, muy especialmente, de los profesionales sanitarios que participan en el proceso de atención.

En España, los resultados del barómetro de acceso a las mujeres a métodos contraceptivos (2013) señalan la existencia de bolsas de demanda contraceptiva entre las adolescentes y las jóvenes, constatan desigualdades territoriales en el acceso, la disponibilidad y los sistemas de reembolso de los métodos anticonceptivos y evidencian la inexistencia o baja calidad de los servicios de atención y asesoramiento contraceptivo para mujeres y hombres en situación de vulnerabilidad. En la actual situación de estancamiento económico y de crisis social y de ocupación, el acceso al aborto legal y seguro en España *no solo amortigua los efectos negativos de un déficit de política pública en materia de salud sexual y reproductiva sino que proporciona una oportunidad vital para que las adolescentes recurran a la anticoncepción con el fin de evitar abortos sucesivos*. Pues como la evidencia científica ha mostrado de forma pertinaz, más del 30% de los abortos realizados en los países desarrollados son abortos de repetición que solo pueden prevenirse mediante estrategias integradas de salud reproductiva que permitan ofrecer la anticoncepción apropiada –casi siempre métodos de larga duración– en el momento más oportuno, o sea, durante el proceso de atención a la interrupción voluntaria del embarazo.

2. LAS OPORTUNIDADES DE VIDA Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El riesgo de embarazo adolescente aumenta en proporción al número de experiencias adversas en la infancia tales como abuso, violencia doméstica y/o conflictos familiares crónicos y se concentra en los grupos sociales más vulnerables y desfavorecidos. *A mayor desventaja socioeconómica, las adolescentes usan menos protección anticonceptiva y tienen menos motivación para evitar quedarse embarazadas*. Las adolescentes embarazadas con expectativas de futuro y mejor entorno tienen muchas más posibilidades de recurrir al aborto mientras que en hogares en desventaja o con pocas esperanzas suelen escoger continuar el embarazo a pesar de la inexistencia o de la fragilidad de las uniones de pareja.

Las madres adolescentes viven en un período de tiempo muy corto numerosos acontecimientos de gran relevancia en sus vidas como son el inicio de la actividad sexual, la finalización de los estudios, la búsqueda del primer trabajo, la convivencia en pareja y la llegada del primer hijo. La maternidad precoz supone una aceleración del curso vital que, paradójicamente, retrasa la incorporación a la vida adulta y frena el desarrollo personal de capital humano y social. *Estas madres tienen menos probabilidades de acabar los estudios*

secundarios, entrarán más tarde en el mercado laboral, registrarán menores tasas de actividad y sufrirán una pérdida notable de oportunidades de emparejamiento saludable.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mayor de sufrir incidentes graves durante y al final del embarazo en comparación con las jóvenes mayores de veinte años. Los riesgos de muerte fetal tardía, neonatal e infantil son más elevados y se asocian principalmente con el parto prematuro y el bajo peso al nacer.

Estudios recientes muestran que los niveles de depresión previos al embarazo y la desventaja socioeconómica y educativa son los principales factores predictores de la maternidad adolescente. La depresión previa al embarazo no desaparecerá por el hecho de tener una criatura; lo más frecuente es que siga su curso a lo largo de la adolescencia y de la primera juventud. La depresión materna tiene efectos severos de privación en el lactante y en el/la niño/a como son: baja calidad del desarrollo cognitivo y del lenguaje y dificultades en la autorregulación emocional y el ajuste social.

3. IMPACTO INTERGENERACIONAL DE LAS RESTRICCIONES

Las restricciones legales al acceso voluntario de las adolescentes al aborto en España implicarán un aumento de las denegaciones de solicitud de aborto caso de no reunir los requisitos del consentimiento parental obligatorio a la par que incontables procesos fallidos de búsqueda de atención. Las adolescentes que no obtengan el consentimiento parental obligatorio y, en su defecto, no promuevan un incidente judicial proseguirán el embarazo, intentarán provocarse un aborto o buscaran un proveedor clandestino. *Las adolescentes que llevan a término un embarazo no deseado usan más tarde y con menos frecuencia los servicios de atención prenatal y acostumbran a sufrir síntomas de estrés de forma recurrente, factores ambos que inciden decisivamente en la salud fetal.*

Las situaciones de estrés crónico producen un aumento sostenido de los niveles de cortisol en la sangre materna y una reducción del flujo sanguíneo placentario. El exceso de cortisol materno que no puede ser inactivado por la barrera placentaria altera la regulación del cortisol y del eje pituitario-adrenal fetal. El buen funcionamiento de este sistema biológico es clave para la maduración de todos los órganos fetales y su perturbación afecta al desarrollo y diferenciación del sistema nervioso (daños cerebrales), al desarrollo físico (bajo peso,

perímetro craneal insuficiente) y al posterior desarrollo psicomotor del lactante y del niño/a que puede presentar dificultades de conducta hasta los diez años de vida.

El aumento de nacimientos no deseados durante la adolescencia y la crianza de estos/as niños/as a cargo de la madre biológica - en España el recurso a dar los/as hijos/as en adopción es muy bajo, registrándose una media de 800 casos anuales- supondrá un considerable incremento de las dificultades de vinculación madre-hijo y un alto riesgo de recibir menor dedicación materna en tiempo y atención. La maternidad adolescente supone un severo riesgo intergeneracional pues los efectos emocionales sobre los/as niños/as no deseados/as se extienden hasta la adolescencia tardía y primeras etapas de la vida adulta.

Así las cosas, la obligación legal del consentimiento parental para las adolescentes embarazadas que deseen recurrir al aborto voluntario que dice basarse en un objetivo de protección de las menores *no alcanzará los objetivos que proclama y, paradójicamente, menoscabará de forma significativa la vida de las madres adolescentes y la salud fetal, neonatal e infantil de cientos de niñas y niños de la siguiente generación.*

4. IMPACTO DEL CONSENTIMIENTO PARENTAL SOBRE EL ABORTO

La experiencia internacional muestra que las adolescentes que viven en el seno de familias funcionales comunican espontáneamente su embarazo a sus madres, padres o tutores y que cuando no lo hacen es porque tienen miedo a ser perjudicadas o dañadas. *Los procedimientos legales de consentimiento o asentimiento parental no han probado su validez como instrumentos efectivos de protección de la menor porque justamente fracasan o son inviables en situaciones donde existe abuso y violencia familiar.* Pues ninguna ley puede concitar el amor y el apoyo parental cuando están ausentes.

En Estados Unidos donde está generalizada la necesidad de algún tipo de notificación u obligación de consentimiento parental se contempla la posibilidad de activar un procedimiento judicial que revisa los casos de consentimiento denegado. Sin embargo, los llamados "gap studies" que observan las disparidades entre la ley y su implementación en el mundo real y en la vida de las adolescentes registran multitud de barreras y dificultades en la administración de

justicia tales como inhibición u objeción de conciencia de los propios jueces y retrasos irreparables en las resoluciones judiciales.

El argumento de que el requisito del consentimiento parental obligatorio no supondrá una carga indebida o un claro obstáculo para la mayoría de las adolescentes embarazadas pues éstas involucran voluntariamente a sus progenitores en la decisión de interrumpir el embarazo es irrelevante para dirimir la cuestión. Por el contrario, el debate democráticamente responsable debe centrarse en aquellos grupos de adolescentes para los que la regulación legal implicará una restricción en su acceso al aborto. Cualquier regulación que, de una u otra forma, permita un veto parental absoluto y previo se interpone contra el interés superior de la menor que debe estar amparada constitucionalmente en situaciones de violación, abuso, violencia, incesto, emergencias médicas y situaciones de riesgo para la salud materna y/o fetal.

Las expectativas de los defensores de una estricta regulación del consentimiento parental para el aborto de las menores no se han visto cumplidas, pues en Estados Unidos, país donde dicho procedimiento está generalizado, no ha disminuido la actividad sexual de las/os adolescentes ni ha mejorado el uso de contracepción efectiva para evitar los embarazos no deseados en esta franja de edad.

Los efectos adversos en la salud reproductiva de las adolescentes desencadenados por los procedimientos legales de consentimiento parental son bien conocidos: aborto tardío, prosecución del embarazo y aborto inseguro entre las menores embarazadas que viven en entornos de gran vulnerabilidad. *Estas adolescentes consideradas inmaduras por las leyes restrictivas para acceder voluntariamente a un aborto, paradójicamente son consideradas como obligatoria e ineluctablemente maduras para llevar a término el embarazo, acudir a la atención prenatal, someterse a los procedimientos médicos necesarios y tener una criatura.*

5. IMPACTO EN LA POBREZA INFANTIL Y FAMILIAR

La pobreza infantil en España, estabilizada durante los años 2000 en torno a la elevada cifra del 25% se incrementó en 2012 al 29,9% según la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de Eurostat que calcula el número de menores de 18 años que vive bajo el umbral de pobreza en los países de la UE-27. La pobreza infantil afecta al 45,6% de los/as niños/as que viven en el seno de familias monoparentales, al 49,2% de los/as niños/as que viven en

hogares en que al menos uno de los progenitores es de origen extranjero y al 57,6% de los/as niños/as cuyos padres no alcanzaron la educación secundaria. Alrededor de 2.800.000 niños/as residentes en España, es decir uno de cada tres, se encuentra en riesgo de pobreza.

Desde el inicio de la crisis en España, la pobreza en la infancia ha crecido a un ritmo más rápido y elevado que la del total de la población. Los/as niños/as son actualmente el grupo de edad más pobre. El impacto de la crisis ha sido y sigue siendo más duro en los hogares con niños/as y la pobreza y la privación infantiles se van haciendo más amplias y persistentes. Cada vez hay más niños y niñas pobres y son más pobres, de tal manera que el informe más reciente (2014) estima el riesgo de pobreza y/o exclusión social en la población menor de edad en un 33,8%. Esta situación dificulta enormemente la posibilidad de romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza. Así, los/as niños/as que hoy están creciendo en hogares sometidos a la pobreza y la exclusión tienen menos probabilidades de tener éxito escolar, disfrutar de una buena salud y desarrollar todo su potencial.

En los hogares, la falta de ingresos o su reducción repercute en el empeoramiento de la calidad de la alimentación, en el hacinamiento y la pobreza energética en la vivienda y también afecta a la calidad de la convivencia y de las relaciones. Sin embargo, *España ha tenido y tiene muy poca capacidad para reducir la pobreza entre sus niños y niñas y esta debilidad se ha ido acrecentando año tras año con las reducciones en ayudas y servicios públicos.* Hasta la fecha, los poderes públicos han incumplido notoriamente la recomendación del Comité de Derechos del Niño que en 2010 instó a España para que velara por que se protegieran las partidas presupuestarias destinadas a la infancia, y de forma más específica, las relativas a medidas sociales afirmativas a favor de los/as niños/as que lo necesitaban.

En España, el régimen de bienestar público ha tenido una evolución de tipo “familista”, esto quiere decir que las familias son consideradas la principal agencia proveedora de bienestar y, en consecuencia, las políticas públicas de apoyo a las familias siempre han sido pasivas y muy escasas. De hecho, antes y ahora, la intervención pública ha sido y es subsidiaria y circunscrita a casos de extrema necesidad. Así lo refleja el gasto público en protección a la infancia y las familias que en 2009 supuso un 1,51% del PIB, una de las cifras más bajas de la UE cuya media fue del 2,26%.

Los menores, las mujeres y las familias más vulnerables están expuestos a una acumulación de riesgos por desposesión de sus activos básicos en términos de recursos y derechos. En este contexto expansivo de pobreza infantil y familiar, las restricciones legales a la capacidad de decisión de las adolescentes sobre el aborto voluntario que, como ya se ha mostrado, tendrán un impacto mayor e inequitativo entre los grupos más vulnerables de adolescentes y familias contribuirán a:

- Aumentar el riesgo de caer en la pobreza de las madres adolescentes y de las familias en desventaja social si se ven constreñidas a proseguir un embarazo no deseado.*
- Intensificar la desprotección de los menores ya nacidos frente a la pobreza pues es precisamente entre las familias de los que menos son y tienen, que la obtención de un aborto tiene más probabilidades de ser un proceso intrincado y fallido.*
- Cronificar los efectos adversos en el desarrollo infantil temprano entre los/as niños/as nacidos fruto de una maternidad impuesta pues los retrasos en el desarrollo infantil y las discapacidades precisan de intervenciones precoces y duraderas de las que, de hecho, quedan excluidas las familias más vulnerables.*

6. IMPACTO EN LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES DE ADOLESCENTES

La vulnerabilidad social y personal consiste en una incapacidad o dificultad de resistencia en presencia de acontecimientos vitales amenazantes y/o incapacidad o dificultad para reponerse con posterioridad a haber sufrido un daño. La vulnerabilidad se asocia a una predisposición a sufrir pérdidas y/o daños. Por ello, los grupos vulnerables de mujeres y familias son aquellos que tienen riesgo de sufrir un amplio abanico de riesgos que se acumulan y potencian a lo largo del ciclo de vida.

Las adolescentes vulnerables sufren una carencia o un déficit de activos y además presentan dificultades para movilizar los que ya poseen. Asimismo, suelen compartir una idea de indefensión o desamparo frente al riesgo, lo que refuerza aún más el bloqueo de sus capacidades. De ahí que cada vez que una adolescente o familia vulnerable sufra una situación crítica severa exista un riesgo muy elevado de que pierda una buena parte de sus activos sociales y de salud y tarde mucho en recuperarlos. La vulnerabilidad social se asocia a la pobreza, a los bajos niveles educativos y al acceso insuficiente a los recursos pero también

son vulnerables las adolescentes que viven en el aislamiento, la inseguridad y/o la indefensión ante presiones y/o riesgos.

Las adolescentes son consideradas internacionalmente un colectivo de especial vulnerabilidad en los ámbitos de la salud reproductiva y familiar. *La vulnerabilidad social es uno de los vectores más influyentes para una salud reproductiva dañada o de baja calidad.* Los grupos de adolescentes vulnerables tienen en común:

- Un acceso deficiente al consejo contraceptivo.
- Una utilización errática de los métodos anticonceptivos.
- Situaciones de escaso apoyo familiar para temas vitales y/o desamparo.

El círculo de la precariedad en salud reproductiva se alimenta a través de los déficits de accesibilidad y disponibilidad de atención contraceptiva que refuerzan el recurso al aborto; a su vez, la ausencia de una oferta contraceptiva efectiva inmediatamente posterior al aborto deja la puerta abierta a sucesivos embarazos no deseados y a los consiguientes abortos de repetición.

Las restricciones legales al acceso voluntario de las adolescentes al aborto tendrán un impacto significativamente inequitativo en los grupos más vulnerables de adolescentes y sus familias. *En estos grupos se concentrará la discriminación en el acceso a los servicios de aborto* al sumarse el desconocimiento de los requisitos legales, la dificultad de obtención del consentimiento parental y la imposibilidad (por barreras de precio y bajo apoyo social) de recurrir a las alternativas de atención legal y segura al aborto en la adolescencia que ofrecen los países de nuestro entorno. Los efectos más previsibles de la discriminación y la inequidad serán:

- La práctica de abortos legales en España en edades gestacionales avanzadas.
- El fracaso en la búsqueda de atención legal y el recurso desesperado al aborto clandestino.
- El fracaso en la búsqueda de atención para el aborto legal y la prosecución de una maternidad impuesta en condiciones de especial vulnerabilidad y adversidad.
- La ocurrencia de sucesivos embarazos no deseados por falta de acceso a tiempo a una protección contraceptiva eficaz.
- La ocurrencia de abortos de repetición por falta de acceso a tiempo a una protección contraceptiva eficaz.

7. CONCLUSIONES

En la sociedad española, el inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas expone a las/os adolescentes a una mayor necesidad de regulación de la fecundidad. Asimismo, el abandono de las pautas fatalistas de fecundidad expone a mujeres y hombres a una creciente necesidad de acceso a métodos contraceptivos seguros, eficaces y modernos y, en ocasiones, a tener que afrontar embarazos no deseados en el curso de su vida fértil. La respuesta a estas necesidades expansivas de salud reproductiva debería ser integradora, evolutiva y equitativa de tal modo que se consiguiera:

- Proporcionar una atención de salud reproductiva y aborto *amplia e interconectada* removiendo las barreras de todo tipo que impiden acceder a tiempo a los servicios sanitarios.
- Desarrollar y/o mantener leyes y regulaciones en materia de aborto y salud reproductiva *actualizadas* que respondan y garanticen la satisfacción de las necesidades de salud y se adecuen a la evolución de los hábitos sexuales y reproductivos de la sociedad española.
- Dar prioridad a las necesidades específicas de los grupos de adolescentes, de mujeres y de familias *más vulnerables y, por tanto, más perjudicadas* por una eventual privación de derechos y atención.

La proposición de Ley Orgánica *para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo* da la espalda a estas orientaciones y desoye las recomendaciones explícitas del Grupo de Expertas/os de Naciones Unidas contra la Discriminación de las Mujeres que inciden sobre la capacidad de las menores de 16-17 años para decidir por ellas mismas respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. La obstaculización o el rechazo de acceso a procedimientos médicos que solo las mujeres requieren, como es el caso del aborto, constituye una discriminación de género y una vulneración del derecho a obtener una atención de salud segura y digna. El derecho de las mujeres a una igualdad efectiva respecto a los varones exige que estas no se encuentren expuestas a déficits y/o riesgos diferenciales que sean evitables.

El menoscabo de la capacidad de decisión de las adolescentes sobre su vida reproductiva daña de forma muy severa el derecho a modelar sus propias vidas pues las inhabilita en gran medida para perseguir oportunidades y metas personales, educativas y sociales valiosas.

El cumplimiento de los derechos fundamentales de las/os niñas/os y las/os adolescentes a la vida y al desarrollo pleno de sus potencialidades se debilita con las restricciones a la capacidad de decisión de las adolescentes sobre el aborto voluntario. La ocurrencia de nacimientos no deseados aumenta el riesgo de caer y permanecer en la pobreza entre las madres adolescentes y sus familias, intensifica la desprotección de los menores ya nacidos frente a la pobreza y cronifica los retrasos en el desarrollo infantil temprano de las/os niñas/os que son fruto de una maternidad impuesta.

Las adolescentes vulnerables que se desenvuelven en entornos de oportunidades limitadas marcados por la desigualdad sufrirán daños irreparables al no poder contar con apoyo familiar por motivos de desarraigo, abuso o maltrato. Estas adolescentes, que desde una perspectiva equitativa de promoción de la salud reproductiva precisarían de una protección redoblada, se verán empujadas hacia abortos inseguros o maternidades impuestas.

En el contexto social y sanitario actual en España, el menoscabo de la capacidad de las adolescentes para decidir por sí mismas respecto a la interrupción voluntaria del embarazo es disonante con las necesidades de salud de las adolescentes y las familias, y se suma a la paralización que sufren las políticas públicas de salud reproductiva y a la nula protección social de la maternidad. Por todo ello, la proposición de Ley Orgánica *para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo* exacerbará la privación y el desamparo en que viven las/os adolescentes, las/os niñas/os y las familias vulnerables y en riesgo de exclusión social produciendo daños perdurables que se traspasaran a la próxima generación.

Elvira Méndez Méndez

Septiembre 2015

Para mayor información y bibliografía:

<http://www.saludfamilia.es/sites/default/files/Maternidad%20en%20la%20Adolescencia.pdf>