

BALANCE REGIONAL



Niñas Madres.

Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe.

Argentina - Bolivia - Brasil - Colombia - El Salvador - Honduras - México - Nicaragua - Panamá - Paraguay - Perú - Puerto Rico - República Dominicana - Uruguay



Con el Apoyo de:

SIGRID RAUSING TRUST

Coordinación y Redacción del Informe: Susana Chiarotti

Equipo de investigación: Milena Páramo (Argentina); Marisol España (Bolivia); Bia Galli (Brasil); Cindy Ballestas (Colombia); Yolanda Guirola (El Salvador); Norma Flores Lanza (Honduras); Julia Escalante De Haro, (México); Virginia Meneses (Nicaragua); Zagrario Pérez (Panamá); María Elena Verdún y Ariana Melody Brizuela (Paraguay); Betsey Valdivia (Perú); Irma Lugo Nazario (Puerto Rico); Orlidy Inoa (República Dominicana) y Ana Lima (Uruguay).

Febrero 2016

Corrección de estilo: Sara López
Edición: Elba Núñez, Coordinadora Regional de CLADEM.
Diseño y diagramación: Karina Palleros
Gráficos: Milena Páramo

CLADEM
Apoyo de The Sigrid Rausing Trust.

ISBN 978-99953-879-6-9

Disponible en: www.cladem.org

Marzo, 2016

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. Presentación | 5 |
| 2. Introducción | 7 |
| PARTE I | 11 |
| LOS DATOS SOBRE EMBARAZO Y MATERNIDAD INFANTIL FORZADOS | |
| 3. Obligaciones estatales frente a los embarazos infantiles forzados | 12 |
| 4. Embarazo infantil forzado | 17 |
| 4.1. Definiciones | 17 |
| 4.2. Los datos sobre embarazo infantil. | 22 |
| 4.3. Abortos en niñas hasta 14 años de edad | 23 |
| 4.4. Niñas hasta 14 años de edad en control prenatal | 25 |
| 4.5. Riesgos y Consecuencias del Embarazo Infantil | 25 |
| 5. Maternidad infantil forzada | 30 |
| 5.1. Definiciones | 30 |
| 5.2. Datos sobre maternidad infantil | 31 |
| 5.3. Mortalidad materna infantil | 35 |
| 5.4. Riesgos y consecuencias de la maternidad forzada infantil | 36 |
| PARTE II | 39 |
| LA RESPUESTA DE LOS ESTADOS AL PROBLEMA DE LOS EMBARAZOS Y MATERNIDADES INFANTILES FORZADAS | |
| 6. Marco jurídico en materia de Violencia Sexual contra las niñas | 40 |
| 6.1. Las figuras penales analizadas. | 40 |
| 6.2. El marco de protección jurídica | 42 |
| 6.3. Violencia oculta, no denunciada y poco documentada. | 44 |
| 7. Denuncias y procesos judiciales por violencia sexual a niñas | 47 |
| 8. Protocolos de atención a niñas embarazadas como resultado de la violencia. | 51 |
| 9. Organismos que atienden o albergan a niñas embarazadas | 54 |
| 9.1. Organismos gubernamentales | 54 |
| 9.2. Organismos privados | 55 |
| 9.3. Mecanismos de monitoreo estatales de las instituciones que trabajan con niñas embarazadas | 56 |
| 9.4. Órganos de supervisión | 58 |
| 10. Políticas estatales sobre embarazos, maternidades infantiles y educación sexual | 61 |
| 10.1. Políticas sociales | 61 |
| 10.2. Programas de educación sexual | 66 |
| 11. Conclusiones y Recomendaciones | 70 |
| Bibliografía | 75 |
| Anexos | 78 |

Agradecimientos

CLADEM agradece a las personas, organizaciones e instituciones que colaboraron con este estudio. De manera muy especial a las niñas Lorena (Argentina), Camila (Bolivia), Anita (Brasil), Yanina (Colombia), Yayá (El Salvador), Juana (México), Estela (Nicaragua), Mainumby (Paraguay), Angela (Perú), Gisela (Puerto Rico), Denise (República Dominicana), Julia (Uruguay) cuyos testimonios y dolorosas vivencias de tortura, compartimos con la esperanza de que se produzcan cambios y que se acabe con la impunidad. Resulta urgente que los Estados de la región, conforme a sus compromisos y obligaciones, garanticen leyes, políticas públicas y mecanismos para asegurar la prevención, sanción y erradicación de estas graves violaciones a los derechos humanos de las niñas.

1.

Presentación

El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM)¹ presenta los resultados del estudio “*Niñas madres. Balance Regional embarazo y maternidad infantil forzados en América Latina y el Caribe,*” que parte de la preocupación por la invisibilidad de los embarazos y la maternidad infantil forzados que afectan gravemente a las niñas en la región.

Los objetivos del estudio fueron, por un lado recoger evidencias que permitan visibilizar esta realidad silenciada en la región; y por el otro promover el debate instalando conceptos claros y contundentes sobre la maternidad infantil forzada. Con los resultados se pretende desarrollar acciones de incidencia tanto a nivel nacional, regional e internacional para que se produzcan cambios. Fue realizado gracias al apoyo de The Sigrid Rausing Trust.

En el estudio el embarazo y maternidad infantil forzados son una forma de tortura y un obstáculo para lograr el cumplimiento de la Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030. En ese contexto urge que los Estados implementen planes, políticas y medidas sociales para la prevención de los embarazos y las maternidades infantiles forzados y la adecuada sanción de la violencia sexual que los provoca.

El Balance realizado en catorce países de la región, fue coordinado por la colega Susana Chiarotti, experta en violencia contra las mujeres e integrante del Consejo Consultivo de la red; contó con el apoyo de un equipo de investigadoras en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay².

Se pone a disposición los resultados del balance como una aproximación a la problemática y con ella se espera contribuir a diseñar estrategias de incidencia para su inclusión en la agenda pública nacional, regional e internacional; así como promover la exigibilidad de los derechos humanos de las niñas en la región.

Elba Beatriz Núñez Ibáñez
Coordinadora Regional
CLADEM

Luque, Paraguay 24 de febrero de 2016

1 Red feminista regional que trabaja en la promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres, con estatus consultivo ante la ONU, OEA y la UNESCO. Ver: www.cladem.org

2 Equipo de investigación: Milena Páramo (Argentina); Marisol España (Bolivia); Bia Galli (Brasil); Cindy Ballestas (Colombia); Yolanda Guirola (El Salvador); Norma Flores Lanza (Honduras); Julia Escalante De Haro, (México); Virginia Meneses (Nicaragua); Zagrario Pérez (Panamá); María Elena Verdún y Ariana Melody Brizuela (Paraguay); Betsey Valdivia (Perú); Irma Lugo Nazario (Puerto Rico); Orlydy Inoa (República Dominicana) y Ana Lima (Uruguay).

BALANCE REGIONAL

2. Introducción

Cada año, decenas de miles de niñas de América Latina y el Caribe quedan embarazadas contra su voluntad. Muchas de ellas son obligadas a continuar el embarazo debido a legislaciones restrictivas y se convierten en madres a una edad en que deberían estar jugando.

La realidad de las niñas que viven embarazos y maternidades forzadas aún no ha sido visibilizada con la fuerza que amerita. Hasta la fecha, su situación queda englobada en las cifras y diagnósticos sobre embarazo y maternidad adolescente, a pesar de que tanto las causas como las consecuencias de ambas situaciones suelen ser, en su mayoría, diferentes.

La etapa de la adolescencia -que para la mayoría de los organismos gubernamentales e intergubernamentales va desde los 10 a los 19 años-, engloba situaciones diferentes según cada tramo de edad. No es lo mismo vivir un embarazo a los 17 o 18 años que a los 9 o 10. Tampoco se puede comparar la maternidad a los 18 años con una maternidad a los 11.

Dentro de la amplia franja de edad de la adolescencia, las causas de los embarazos también difieren. A diferencia de lo que ocurre en la franja de 15 a 19 años, donde se registra una incidencia importante de embarazos debido a una iniciación sexual temprana, la mayoría de los casos de embarazos infantiles aparecen como producto de violencia sexual, ejercida por integrantes de la familia (abuso sexual incestuoso), conocidos, vecinos, o extraños.

Cada año se producen en el mundo 2 millones de partos de niñas menores de 15 años. De mantenerse la tendencia actual, esta cifra llegará a tres millones en 2030³.

Para quienes emplean en sus estudios enfoques demográficos o epidemiológicos, este número es ínfimo comparado con el de los embarazos adolescentes. Sin embargo, para quienes trabajan con enfoque de derechos humanos, cada niña cuenta y cada caso de embarazo infantil devuelve una imagen de situaciones sociales que deben prevenirse y erradicarse si se aspira a una sociedad con igualdad de derechos.

El caso de la niña Mainumby en Paraguay, puso en evidencia la realidad de miles de niñas que quedan embarazadas por abusos sexuales - cometidos muchas veces por personas de la familia, vecinos o allegados-; así como la presión ejercida por el Estado para que el embarazo llegue a término y la niña sea madre, a pesar de los riesgos para su salud y su vida. Asimismo, mostró la falta de programas gubernamentales específicos para atender esa realidad. Estos hechos obligaron al CLADEM

3 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Informe del Estado de la Población Mundial 2013, Maternidad en la niñez: Afrontar el desafío de un embarazo adolescente. Disponible en <http://www.unfpa.or.cr/estado-de-la-poblacion-mundial-2013>.

a denunciar ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos las innumerables violaciones a los derechos humanos cometidas contra Mainumby y su madre, exigiendo su pronunciamiento y apoyo a través de una Medida Cautelar⁴.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 se propone, para el año 2030, “Lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas” y entre sus Metas incluye “Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas...”; “Eliminar todas las formas de violencia y explotación sexual...”; “Eliminar todas las prácticas nocivas...”; y “Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos...”. Para lograr el cumplimiento de ese objetivo, se deberán tomar medidas urgentes para revertir la tendencia al crecimiento de la cifra de embarazos y maternidades infantiles.

¿Cuál es la respuesta del Estado frente a estas situaciones?

La reacción estatal frente a los embarazos infantiles es diversa y va desde el silencio y la indiferencia; la provisión de servicios de salud reproductiva sin indagar las causas del embarazo; el tratamiento escandalizado de la “emergencia” hasta el encierro para garantizar la continuidad del embarazo, con control estricto o prohibición de visitas de familiares y amistades.

En relación a la normativa que sanciona la violencia sexual contra las niñas, en todos los países estudiados, las relaciones sexuales con niñas se considera violación. Las edades varían entre los 13 y los 16 años. La mayoría de las legislaciones vigentes tipifica el abuso sexual incestuoso como un caso agravado de abuso, aunque no se lo nombre de esa manera.

Lamentablemente, no todos los casos se denuncian y aquellos que lo hacen, no siempre son encaminados judicialmente a través de un proceso que conduzca a una sentencia. Un número ínfimo de denuncias termina en condenas. La impunidad es altísima.

En algunas ocasiones esas niñas son alojadas en instituciones para adolescentes embarazadas, ya sean estatales o privadas que tienen conexión con el Estado. Estos casos se dan cuando aparece la variable pobreza cruzada con el embarazo. Es habitual que conectados con estas instituciones de albergue de niñas, se encuentren servicios de adopción o asociaciones caritativas que sirven de intermediarios con familias o personas que desean adoptar, legal o ilegalmente.

Es frecuente que las personas que manejan estos servicios de adopción los enmarquen en ideologías de “caridad” hacia niñas de vida “desordenada” o que pertenecen a familias con graves carencias y problemas. Es frecuente que se les ofrezca como solución que ellas tengan los bebés y luego los entreguen en adopción a familias “bien constituidas” que les darán un buen nivel de vida. Detrás de esta aparente bondad subyace el *estereotipo de mujer instrumental*, la concepción de que las mujeres son principalmente reproductoras.

El encierro de las niñas en una institución hasta el momento del parto, la prohibición legal de interrumpir el embarazo, o la presión de la familia, las obliga a una maternidad forzada. Si el embarazo dura 9 meses, la maternidad dura toda la vida y las transforma de manera trascendental.

4 CIDH. Medida Cautelar MC 178/15.

Obligar a una niña que no ha terminado de crecer a llevar a término un embarazo, ser madre y criar a un bebé debe ser considerado *tortura o trato cruel, inhumano y degradante*, según los casos, en los términos de la Convención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Las posibilidades de interrumpir legalmente un embarazo son nulas en varios países como El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. En los demás, a pesar que la violación o los riesgos para la salud o la vida son causales que habilitan la interrupción del embarazo, se ha denegado el acceso al aborto en muchas ocasiones o no hay protocolos para implementar el aborto legal. El acceso a anticonceptivos o a contracepción de emergencia puede ser difícil o imposible para una niña. Estas son algunas de las circunstancias que conducen al embarazo forzado.

Estamos frente a un embarazo infantil forzado cuando una niña (para este estudio, menor de 14 años) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo.

El embarazo forzado fue declarado crimen de guerra y crimen de lesa humanidad por el Estatuto de Roma (1998) cuando se comete en el marco de un conflicto armado. Pero las niñas que atraviesan esa experiencia en tiempos de paz sufren también graves consecuencias, que marcan su vida para siempre. Por ello es importante utilizar este concepto para definir esas situaciones, debido a su alto impacto simbólico y clarificador.

Lo sucedido a Mainumby y la gravedad de la situación, demostró que es necesario sacar a la luz pública estos casos; desglosar la situación de las niñas y analizarlas de manera separada de las adolescentes; contar con datos y estadísticas para conocer las dimensiones del problema en cada país; y verificar cuál es el nivel de cumplimiento de los Estados de las obligaciones internacionales a su cargo luego de ratificar, entre otros tratados internacionales, la Convención de los Derechos del Niño y la Niña, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención contra la tortura.

Para ello, CLADEM decidió hacer un balance sobre “Patrón de abuso sexual y embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe” que permitiera tener datos comparados en 14 países de la región. Varios de los indicadores utilizados para la recolección de información para este reporte fueron construidos en base a los elaborados por el MESECVI para realizar el seguimiento en la región del cumplimiento de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres o Convención de Belém do Pará⁵.

Paralelamente se analizó la respuesta de los Estados, comenzando por el marco jurídico que encuadra las situaciones de violencia sexual, incluido el abuso sexual incestuoso. Se indagó sobre las denuncias de violación y abuso sexual incestuoso (incesto o violación por familiares, amigos de la familia y vecinos) y los procesos iniciados en el ámbito judicial por esas denuncias, para conocer el nivel de acceso a la justicia en estos casos.

El estudio tuvo un enfoque cuanti-cualitativo y se utilizaron fuentes primarias y secundarias. Se recurrió a las estadísticas oficiales sobre partos de menores de 14 años y estadísticas judiciales sobre

5 Indicadores de Progreso para la Medición de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer - “CONVENCION DE BELÉM DO PARÁ” - (Aprobado por el Comité de Expertas-CEVI, el 21 de Mayo de 2013) - MESECVI/CEVI/doc.188 /13 rev.1.

denuncias de violación y abuso sexual incestuoso. Para el registro de casos se realizaron entrevistas retrospectivas a jóvenes que tuvieron un embarazo temprano con las consideraciones éticas requeridas de resguardo a la intimidad y garantía de confidencialidad. Los casos recientes fueron recogidos de la prensa local. Los nombres que aparecen son los seudónimos que se utilizaron al momento de publicar las noticias, para los reportados en la prensa. En los demás casos, los seudónimos fueron colocados por las investigadoras locales.

Los países estudiados fueron Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay. El equipo que recolectó información fue coordinado por Susana Chiarotti y está formado por: Milena Páramo (Argentina); Marisol España (Bolivia); Bia Galli (Brasil); Cindy Ballestas (Colombia); Yolanda Guirola (El Salvador); Norma Flores Lanza (Honduras); Julia Escalante De Haro, (México); Virginia Meneses (Nicaragua); Zagrario Pérez (Panamá); María Elena Verdún y Ariana Melody Brizuela (Paraguay); Betsey Valdivia (Perú); Irma Lugo Nazario (Puerto Rico); Orlidy Inoa (República Dominicana) y Ana Lima (Uruguay). Milena Páramo, además, confeccionó las gráficas y colaboró con los datos del Anexo I.



Parte 1

Los datos sobre embarazo y maternidad infantil forzados

3.

Obligaciones estatales frente a los embarazos infantiles forzados

Todos los países analizados, con la sola excepción de Puerto Rico⁶, ratificaron la Convención de los Derechos del Niño y la Niña, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará). Asimismo ratificaron la Convención Americana de Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador, la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Además, la mayoría está cumpliendo con el mandato de trasladar a la esfera doméstica los principios del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. Eso obliga a los Estados a establecer estándares coherentes en su normativa.

La **Convención de los Derechos del Niño y la Niña** (CDN) fue ratificada y goza, en algunos países de rango especial. Argentina y República Dominicana le han otorgado rango constitucional. Bolivia, Colombia, El Salvador, Honduras y Paraguay, dan al texto de la Convención rango supra-legal. Por último México, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay le han dado a la CDN rango legal.

La ratificación de este Tratado genera las siguientes obligaciones para los Estados:

- Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para **proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el *abuso sexual***⁷. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y la niña y a quienes cuidan de ellos.
- Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y **servicios en materia de planificación de la familia**⁸.

6 Puerto Rico tiene un estatus de Estado Libre Asociado a Estados Unidos. A nivel internacional, está vinculado por los tratados internacionales que Estados Unidos ratifique. En el caso que se analiza, Estados Unidos no ha ratificado la Convención de los Derechos del Niño, ni la CEDAW, ni la Convención de Belém do Pará. Tampoco la Convención Americana de los Derechos Humanos. En el sistema interamericano sus obligaciones surgen de la firma de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. En el Sistema ONU ha ratificado, entre otros, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

7 Convención de los Derechos del Niño y de la Niña (CDN) Artículo 19, incisos 1 y 2.

8 CDN, artículo 24, inciso f).

- Velar porque ningún niño/a sea sometido a torturas ni a otros **tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**⁹.
- Velar porque ningún niño/a sea **privado de su libertad** ilegal o **arbitrariamente**¹⁰.
- Adoptar medidas para **reducir la morbimortalidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas**, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes.
- Elaborar y ejecutar programas que proporcionen **acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo** y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia.
- Elaborar políticas que permitan **continuar su educación**¹¹.

La **Convención CEDAW** contiene asimismo mandatos para el Estado en relación a este tema, entre otros se encuentran:

- Modificar patrones sociales y culturales de hombres y mujeres y eliminar prejuicios y prácticas consuetudinarias basadas en ideas estereotipadas de inferioridad o superioridad de alguno de los sexos¹².
- Adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia¹³.
- La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud, especialmente (...) y remover obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones¹⁴.
- Crear y mejorar constantemente sus bases de datos estadísticos y profundizar el análisis de todas las formas de discriminación contra las mujeres en general y, en particular, contra las mujeres de determinados grupos vulnerables¹⁵.
- Promover la igualdad de los derechos de las niñas, dado que están comprendidas en la comunidad más amplia de las mujeres y son más vulnerables a la discriminación en el acceso a la educación básica, así como a la trata de personas, el maltrato, la explotación y la violencia¹⁶.
- **Prestar atención a las necesidades específicas de las niñas (adolescentes) ofreciéndoles**

9 CDN, artículo 37, inciso a).

10 CDN, artículo 37, inciso b).

11 Comité de los Derechos del Niño- Comentario General 4, 2003, párrafo 31.

12 CEDAW Art. 5, Convención de Belém do Pará, artículo 6.

13 CEDAW, artículo 12.

14 CEDAW, Recomendación General 24, párrafo 14.

15 CEDAW, Recomendación General 28, párrafo 10.

16 CEDAW, Recomendación General 28, párrafo 21.

educación sobre salud sexual y reproductiva y llevando a cabo programas para prevenir el VIH/SIDA, la explotación sexual y el embarazo precoz¹⁷.

- Cuando la discriminación contra la mujer también viole otros derechos humanos, como el derecho a la vida y la integridad física, por ejemplo en los casos de violencia doméstica y otras formas de violencia, los Estados partes están obligados a iniciar acciones penales, llevar a los infractores a juicio e imponer las sanciones penales correspondientes¹⁸.

La **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres**, generó a su vez, obligaciones para los Estados parte. Entre otras, se citan:

- Garantizar a todas las mujeres el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; (...) el derecho a la libertad y a la seguridad personales; y el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos¹⁹.
- Adoptar, por todos los medios y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres²⁰.
- Legalizar la interrupción del embarazo producido por violación²¹.
- **Garantizar la educación en derechos sexuales y reproductivos en el sistema educativo²².**
- Garantizar el efectivo cumplimiento de las leyes que sancionan el ejercicio de la violencia sexual contra las mujeres, niñas y adolescentes, así como **el acceso a la justicia y reparación de quienes hayan sido víctimas de tales delitos²³.**
- Asegurar que las víctimas de violencia reciban un trato digno, tomando todas las medidas pertinentes para promover su recuperación física, psicológica y la reintegración social, en un entorno favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta sus distintas especificidades y necesidades²⁴.
- Garantizar la confidencialidad a las víctimas desde el mismo acto de denuncia de los hechos y durante todo el procedimiento de actuación ante una situación constitutiva de violencia, mediante un proceso ágil y rápido, otorgando credibilidad a las víctimas y protegiendo la intimidad y dignidad de las personas afectadas²⁵.
- Garantizar que no se reproduzcan conductas de maltrato y humillación en entornos institucionales, y que el personal de salud no revictimice o deniegue el acceso a los servicios de salud a las mujeres que los requieran y asegurar el acceso a la información sobre la salud re-

17 CEDAW, Recomendación General 28, párrafo 21.

18 CEDAW, Recomendación General 28, párrafo 35.

19 Convención de Belém do Pará, artículo 4, incisos b, c y g.

20 Convención de Belém do Pará, artículo 7.

21 II Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará (2012) del MESECVI.

22 Declaración sobre la violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos. 19 de septiembre de 2014. OEA/Ser.L/II.7.10 MESECVI/CEVI/DEC.4/14.

23 Op. cit en nota anterior.

24 Op. cit. en nota anterior.

25 Op. cit. En nota anterior.

productiva, imprescindible para que las mujeres puedan ejercer su autonomía reproductiva, y sus derechos a la salud y a la integridad física²⁶.

- Garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo en, por lo menos, los siguientes casos: i) cuando la vida o salud de la mujer esté en peligro, ii) cuando exista inviabilidad del feto de sobrevivir, y iii) en los casos de violencia sexual, incesto e inseminación forzada²⁷.
- Garantizar una educación apropiada de acuerdo con la edad sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el VIH/SIDA y las ITS en la currícula escolar en todos los niveles²⁸.

La **Convención Americana de los Derechos Humanos** contiene asimismo numerosos mandatos para los Estados. Entre otros, los siguientes son:

- Garantizar el respeto a la integridad física, mental y moral de todas las personas²⁹.
- Asegurar que todas las personas puedan gozar de su derecho a la libertad y seguridad personales³⁰.
- Proteger a todas las personas de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, o de ataques ilegales a su honra o reputación³¹.

Entre las obligaciones generadas por el **Protocolo Adicional a la Convención Americana de los Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”**, se destacan:

- Garantizar a toda persona el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social³².
- Asegurar el derecho a la educación³³.

Estas obligaciones se ven reforzadas cuando se conectan con las derivadas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículos 3, 6, 7, 9 inciso 1, 17 y 26) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (especialmente artículos 3 y 12).

La **Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes**, (CAT) contiene otros mandatos para el Estado, que le exigen vigilar las acciones de sus agentes y también la de actores no estatales. Entre otros se encuentran:

26 Op. cit. en nota anterior.

27 Op. cit en nota anterior.

28 Op. cit en nota anterior.

29 Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 5, inciso 1.

30 Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 7, inciso 1.

31 Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 11, inciso 2.

32 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Protocolo de San Salvador”, artículo 10, inciso 1.

33 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Protocolo de San Salvador”, artículo 13, inciso 1.

- Prevenir, investigar y sancionar todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, para intimidarla o coaccionarla, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia³⁴.
- Ejercer la debida diligencia para impedir, investigar, enjuiciar y castigar actos de tortura o malos tratos realizados por *sujetos privados o agentes no estatales*³⁵.

Estas obligaciones derivadas de los tratados internacionales de derechos humanos, han sido analizadas y explicitadas por la jurisprudencia de los órganos encargados de su vigilancia y aplicación. Un recorrido por la jurisprudencia de los Comités Monitores de Tratados de Naciones Unidas, así como de la jurisprudencia de la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, muestra que en los últimos 30 años se construyó un completo corpus juris que garantiza los derechos de las niñas a no sufrir violencia y acceder a la justicia, reparación de los daños y a todos los servicios de salud sexual y reproductiva.

34 Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes (CAT), artículo 1.

35 CAT- Observación General N° 2: HRI/GEN/1/Rev.9.

4.

Embarazo infantil forzado

Definiciones

Un **embarazo infantil forzado** se produce cuando una niña (para este estudio, menor de 14 años) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo.

El embarazo forzado puede ser producto de una violación sexual. También puede provenir de una relación sexual consensuada, en la que la niña no conocía las consecuencias o conociéndolas, no pudo prevenirlas. Es el caso de niñas que no han tenido educación sexual, o habiéndola tenido no pudieron acceder a métodos de prevención de los embarazos y de anticoncepción de emergencia. En ambos casos hay responsabilidad de los Estados; en el primero, por no haber prevenido la violencia sexual contra las niñas y en el segundo, por no haberlas provisto de las herramientas necesarias para prevenir un embarazo.

En su Informe a la Asamblea General sobre Mortalidad y Morbilidad Materna³⁶, la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos planteaba que en el caso de adolescentes, el primer paso es analizar no solo por qué las adolescentes presentan tasas elevadas de morbilidad y mortalidad materna, sino también **por qué** quedan embarazadas.

Entre los factores más frecuentes citados por el informe como causa de estos embarazos figuran: la falta de educación integral sobre la sexualidad; la persistencia de prácticas sociales discriminatorias que facilitan los embarazos a una edad temprana, como las uniones de hecho o el matrimonio precoz; los altos niveles de violencia sexual y/o explotación sexual; la falta de servicios de salud adaptados a las necesidades de las jóvenes; la ausencia de métodos anticonceptivos asequibles y accesibles; o una combinación de estos factores.(...)

Puede haber también una tasa desproporcionadamente alta de abortos autoinducidos, unida al temor a las sanciones penales.

Cuando el embarazo de la niña es conocido por su entorno, se levanta un coro de opiniones sobre el camino a seguir, donde, con mucha frecuencia, la única voz ausente o no escuchada, es la de la niña. Sus familiares, educadores, personal de salud, autoridades religiosas y funcionarios judiciales, entre otros, discuten y finalmente deciden si el embarazo se continúa o no.

³⁶ Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. A/HRC/21/22 - 2 de julio de 2012.

Las presiones que suele sufrir una niña embarazada para que continúe el embarazo y el coro de voces que la rodean, a veces de manera incesante, disminuyen rápidamente luego del parto. En ese momento, comienza a evaporarse la presencia de funcionarias y funcionarios, ministros de culto y voceros de grupos fundamentalistas anti-derechos de las mujeres. Con bastante frecuencia, la niña pasa a depender de la ayuda de su familia más cercana. Todos aquellos que forzaron a la niña a continuar con el embarazo, ya no se sienten responsables. No consideran que hayan obligado a una niña a llevar adelante un embarazo forzado.

El CEDAW ha reiterado la obligación de los Estados de abstenerse de interponer obstáculos en la búsqueda que las mujeres hagan de los bienes y servicios para conseguir sus objetivos en materia de salud³⁷.

En la Recomendación General 24 plantea que: “La obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones. Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar: a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados”³⁸.

El Comité de Expertas (CEVI) del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará (MESECVI) en un comunicado emitido por un caso de embarazo infantil³⁹, expresó que siendo un embarazo producto de violencia sexual, a quien se le negó la interrupción solicitada, debe considerarse **embarazo forzado**. Éste “perpetua en la niña la violencia sexual y la expone a nuevas y reiteradas formas de violencia y vulneración de sus derechos humanos, que socavan de igual modo su integridad personal, su condición de niña y sus posibilidades futuras”.

Obligar a una niña que no ha terminado de crecer a llevar a término un embarazo, ser madre y criar a un bebé debe ser considerado tortura o trato cruel, inhumano y degradante, según los casos, en los términos de la Convención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes⁴⁰ y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)⁴¹.

Ninguna otra circunstancia, más que el embarazo, obliga a los individuos a proveer los recursos de sus cuerpos para el sostenimiento de otro. La compulsión legal de obligar a una mujer a continuar un embarazo en esas condiciones es claramente una violación a los derechos humanos.

El PIDCP establece el derecho a estar libre de torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos⁴².

37 CEDAW, Recomendación General 24, par. 14.

38 CEDAW, Recomendación General N. 24, par. 15.

39 OAS-MESECVI-CEVI. “Garantizar los Derechos Humanos de las Niñas frente a la Violencia Sexual”. Comunicado por el Caso Mainumby, que mereció una Medida Cautelar por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2 de diciembre de 2015.

40 CAT, artículo 1.

41 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), artículo 7.

42 PIDCP, artículo 7.

El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, encargado de la aplicación del PDCP, determinó que el sentido de este artículo es proteger la dignidad e integridad física de la persona y aclara que el derecho no sólo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral y que esta protección es particularmente importante cuando se trata de menores. El Estado está obligado a brindar la protección necesaria contra este tipo de violaciones⁴³.

El mismo Comité, en el Dictamen emitido en el caso LMR c. Argentina, donde la madre reclama por su hija, una niña con discapacidad mental que quedó embarazada producto de una violación y a quien le fuera negada la interrupción del embarazo, determinó que “la obligación impuesta a su hija de continuar con el embarazo, a pesar de estar amparada por el artículo 86, inc. 2 del Código Penal, constituyó un trato cruel e inhumano”⁴⁴.

La Convención sobre la tortura prohíbe aquellos actos que generen sufrimiento o dolor físico o mental, infligido por o con el conocimiento de una autoridad pública por razones basadas en cualquier tipo de discriminación⁴⁵. El Comité Contra la Tortura (CCT) ha reconocido en varias de sus recomendaciones que existen violaciones de este tipo relacionadas con la discriminación a la mujer⁴⁶.

El confinamiento forzado de las niñas en instituciones estatales o privadas que trabajan en relación con el Estado, debe ser considerado asimismo trato cruel, inhumano y degradante. Los abusos cometidos por actores no estatales muestran que los Estados están incumpliendo su deber de garantizar la protección efectiva.

Las obligaciones del Estado en este aspecto han sido claramente establecidas por el Comité de la Tortura, en la Observación General N.2, donde se analiza la forma en que debe aplicarse la Convención. En ella plantea:

*“18. El Comité ha dejado claro que cuando las autoridades del Estado u otras personas que actúan a título oficial o al amparo de la ley tienen conocimiento o motivos fundados para creer que **sujetos privados o agentes no estatales** perpetrar actos de tortura o malos tratos y no ejercen la debida diligencia para impedir, investigar, enjuiciar y castigar a dichos sujetos privados o agentes no estatales de conformidad con la Convención, el Estado es responsable y sus funcionarios deben ser considerados autores, cómplices o responsables por otro concepto en virtud de la Convención por consentir o tolerar esos actos inaceptables. La negligencia del Estado a la hora de intervenir para poner fin a esos actos, sancionar a los autores y ofrecer reparación a las víctimas de la tortura facilita y hace posible que los agentes no estatales cometan impunemente actos prohibidos por la Convención, por lo que la indiferencia o inacción del Estado constituye una forma de incitación y/o de autorización de hecho. El Comité ha aplicado este principio a los casos en*

43 Comité de Derechos Humanos (CDH), Observación General No 20, par. 2 y 5.

44 CDH - Dictamen del 29 de marzo de 2011, Caso LMR c. Argentina. Comunicación No 1608/2007. CCPR/C/101/D/1608/2007, para 9.2.

45 CAT, art. 1, num. 1.

46 China, 09/05/2000, A/55/44, paras.106-145 y para. 136; Canadá, 22/11/2000, CAT/C/XXV/Concl.4., para 5(b); Egipto, 17/05/99, A/54/44, paras.197-216 y para 209; Estados Unidos de América, 15/05/2000, A/55/44, paras.175-180 y para. 179(d); Republica Checa, 14/05/2001. CAT/C/XXVI/Concl.5/Rev.1, para 8(g); Kazakhsan, 17/05/2001, CAT/C/XXVI/Concl.7/Rev.1., para. 8(j); Tunes, 19/11/98, A/54/44, paras.88-105 y para 99; Brasil, 16/05/2001, A/56/44, paras.115-120 y para. 119(b); Estados Unidos de América, 15/05/2000, A/55/44, paras.175-180 y para. 180(b).

*que los Estados Partes no han impedido actos de violencia de género, como la violación, la violencia en el hogar, la mutilación genital femenina o la trata, o no han protegido a las víctimas*⁴⁷.

El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (CPI) considera al embarazo forzado como **crimen de lesa humanidad**⁴⁸ o como **crimen de guerra**,⁴⁹ dependiendo del contexto y las características. Para la CPI existe tal crimen cuando haya “*confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza.*” (Artículo 7, inciso 2) apartado f).

La definición del crimen de embarazo forzado suscitó acalorados debates en la Conferencia de Roma de la que surgió este Estatuto. Sectores conservadores y fundamentalistas religiosos propusieron agregados que recortaron el tipo penal temiendo que pudiera ser utilizado para los casos que ocurrieran a nivel local, en momentos en que los países armonizaran el Estatuto con la legislación doméstica, tal como se exige a los Estados Parte de este tratado⁵⁰.

Si se observa con esta óptica la situación de Mainumby⁵¹, de Paraguay, una niña de 10 años embarazada como producto de la violación de su padrastro, que fue confinada contra su voluntad en un Hogar de la Cruz Roja Paraguaya, impidiendo el contacto con familiares y amigos (salvo una tía que podía visitarla 2 horas un día a la semana) es claro que hubo “confinamiento”⁵² y que fue “embarazada por la fuerza”. La similitud con la figura descrita por el Estatuto de Roma es muy grande, ya que se dan todos los componentes esenciales del embarazo forzado.

La incorporación de la figura del embarazo forzado como delito a la legislación local, facilitaría la toma de conciencia por parte de los decisores políticos y también de la sociedad toda, acerca de esta problemática. La fuerza simbólica de esta figura contribuiría a desnaturalizar las prácticas abusivas contra las niñas y a transformar la idea -persistente en muchos espacios- de que son propiedad de los adultos de la familia.

En algunas situaciones, representantes gubernamentales del sector salud, justicia o del cuidado de la infancia alegan que la niña embarazada precozmente “desea seguir con el embarazo” o “ser madre” o “acepta ser internada en una institución y separada de la familia”.

En estos casos, procede realizar una lectura profunda del contexto. En primer lugar, analizar las posibles influencias o presiones que pudo recibir la niña por parte de la familia o de su entorno, del personal de salud, consejerías, personal de justicia y otras/os funcionarias/os, para tomar esa decisión. En segundo término, estudiar si la niña está “en condiciones de formarse un juicio propio”, tal como requiere la Convención de los Derechos del Niño y la Niña. Asimismo, ya que en la mayoría

47 CAT- Observación General N° 2: HRI/GEN/1/Rev.9.

48 Para que sea delito de lesa humanidad el artículo 7 del Estatuto de Roma requiere que se “cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque”. Disponible en: <https://www.icc-cpi.int/NR/rdonlyres/ADD16852-AEE9-4757-ABE7-9CDC7CF02886/283783/Compendium3rd01SPA.pdf>

49 Estatuto de Roma: Artículo 8, “xxii) Cometer actos de violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, definido en el apartado f) del párrafo 2 del artículo 7, esterilización forzada y cualquier otra forma de violencia sexual que también constituya una infracción grave de los Convenios de Ginebra.

50 Entre los requisitos agregados a la figura con la intención de dificultar la aplicación en el ámbito local, se agregó que se configura como delito de lesa humanidad cuando el embarazo forzado tenga: “la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional. **En modo alguno se entenderá que esta definición afecta a las normas de derecho interno relativas al embarazo.**”

51 Ver Estudio de Caso más adelante.

52 Si bien el confinamiento fue ordenado por una Jueza como medida de abrigo (protección) para la niña, existieron presiones muy fuertes para lograr el consentimiento de la madre quien luego fue detenida frente a la niña y llevada a la cárcel. En repetidas ocasiones la niña manifestó que quería estar en su casa con su mamá, pero no fue escuchada.

de los casos los embarazos infantiles provienen de abusos sexuales, ya sea incestuosos o de personas ajenas a la familia, deberán seguirse las reglas para proceder en casos de violencia sexual.

Las Reglas de Procedimiento de la Corte Penal Internacional, en lo relacionado con la evidencia de los casos de violencia sexual, son muy claras en la cuestión del análisis del **consentimiento** de la víctima⁵³. Los embarazos producto de violación sexual deben verse como una consecuencia de la violencia sexual y por tanto, deben seguirse los mismos principios.

Según las Reglas de Procedimiento, especialmente la Regla 70, “(a) *El consentimiento no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando la fuerza, la amenaza de la fuerza, la coacción o el aprovechamiento de un entorno coercitivo socave la capacidad de la víctima para dar un consentimiento voluntario y libre;* (b) *El consentimiento no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando la víctima es incapaz de dar su libre consentimiento;* (c) *El consentimiento no podrá inferirse del silencio o de la falta de resistencia de la víctima a la supuesta violencia sexual*”.

Esta jurisprudencia de avanzada debe replicarse en los países de nuestra región, ya que garantizará un mayor respeto y mejor tratamiento y exploración de la opinión de las niñas por parte de quienes deben resolver en estos casos.

En abril de 2015 una niña de Uruguay⁵⁴, de 11 años con discapacidad intelectual, que recibía medicación psiquiátrica, quedó embarazada como producto de abuso sexual por parte de un hombre conocido de la familia de 41 años de edad. Como manifestó “querer continuar su embarazo y contraer matrimonio con el hombre” se le suspendió la medicación psiquiátrica para no dañar al feto; se la interna en un hogar estatal y el 16 de octubre del mismo año se le practicó una cesárea en el Hospital Pereira Rossell. Los facultativos entendieron que había que “respetar el deseo de la niña”. El Juzgado de Familia especializado sostuvo que no correspondía que se pronuncie y ordenó coordinar entre la madre de la niña como representante legal y los facultativos.

El respeto a la opinión de la niña, en este caso, fue parcial. A nadie se le ocurrió hacer cumplir su deseo de contraer matrimonio con el abusador, ya que -entre otros impedimentos- está prohibido casarse a esa edad y el hombre quedó preso por violación. Pero todos los elementos que llevan a un Estado a poner límites sobre la edad para contraer matrimonio parecen desaparecer a la hora de determinar si puede llevar un embarazo adelante -a pesar del escaso desarrollo corporal- y ser madre.

Ese tipo de consentimiento, emitido por una niña de 11 años, con discapacidad mental, criada en una familia donde los padres también tienen el mismo problema, sería inadmisibles en cualquier acto jurídico. Ningún juez aceptaría que una niña en esas condiciones aceptara una obligación jurídica o celebrara un contrato. Sin embargo, se le acepta el consentimiento para continuar con algo

53 Corte Penal Internacional, Las Reglas de Procedimiento y Prueba, U.N. Doc. PCNICC/2000/1/Add.1 (2000). Regla 70: Principios de la prueba en casos de violencia sexual. En casos de violencia sexual, la Corte se guiará por los siguientes principios y, cuando proceda, los aplicará:

- a) El consentimiento no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando la fuerza, la amenaza de la fuerza, la coacción o el aprovechamiento de un entorno coercitivo hayan disminuido su capacidad para dar un consentimiento voluntario y libre;
- b) El consentimiento no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando ésta sea incapaz de dar un consentimiento libre;
- c) El consentimiento no podrá inferirse del silencio o de la falta de resistencia de la víctima a la supuesta violencia sexual;
- d) La credibilidad, la honorabilidad o la disponibilidad sexual de la víctima o de un testigo no podrán inferirse de la naturaleza sexual del comportamiento anterior o posterior de la víctima o de un testigo.

54 Ver Estudio de Caso Julia.

impuesto con violencia (un embarazo) y para ser madre. Ser madre significa hacer un contrato con la vida (propia y ajena) y contiene la obligación de responsabilizarse del desarrollo y crianza de otro ser, obligaciones que claramente no puede asumir esta niña.

El caso fue denunciado por organizaciones de mujeres y de derechos humanos sin que los planteos fueran escuchados.

La Convención de los Derechos del Niño y la Niña obliga al Estado a garantizar que el niño/a sea oído/a y pueda expresar su opinión libremente⁵⁵, pero también aclara que eso solo tendrá lugar cuando los niños/as estén “**en condiciones de formarse un juicio propio**”. Estas condiciones no existen en el caso de la niña de Uruguay.

Frente a estos casos, las responsabilidades asumidas por los Estados les obligan a analizar si la continuación del embarazo y eventual maternidad acarrearían algún riesgo en la salud y para la vida de la niña, considerando la salud de manera integral, como un estado de bienestar físico, psíquico y social. Por último, teniendo en consideración el interés superior de la niña, deberían en todos los casos evaluarse las consecuencias que un embarazo puede tener en el futuro de la niña, su crecimiento, desarrollo, empoderamiento y posibilidades de continuar sus estudios y capacitación.

4.2. Los datos sobre embarazo infantil

Salvo el caso de El Salvador, en los países estudiados no existen datos oficiales sobre *embarazos* de niñas menores de 14 años. En El Salvador, en el año 2013 se registraron 1.540 embarazos infantiles, constituyendo el 1.9% del total. Sólo dos tercios de esos embarazos (1.057) llegaron al parto. (Ver anexo I)

En los demás países, los datos disponibles sobre embarazos **son los mismos que los de los partos** de niñas de esa edad. Eso impide verificar el número real de embarazos, si tuvieron atención prenatal, o cuántos de ellos derivaron en abortos.

La falta de estos datos muestra los límites del compromiso estatal con la protección de las niñas, asumido al ratificar la Convención de los Derechos del Niño y la Niña.

La mayoría de los países lleva estadísticas de embarazos en adolescentes, con diferentes rangos de edad pero que en general van hasta los 19 años. Esta franja puede incluir los de niñas entre los 10 a 19 años, como en Uruguay; o incluir los que tienen lugar entre 12 a 19; ó 15 a 19. Esto impide valorar adecuadamente la situación de las niñas más pequeñas.

En Argentina, se consultaron las Estadísticas Vitales, Información Básica, años 2010, 2011, 2012 y 2013 del Ministerio de Salud de la Nación, donde sólo constaban los partos. En Brasil, la responsabilidad está a cargo del Ministerio de Salud, que provee información sobre Nacidos Vivos⁵⁶. En Colombia los números de embarazos provistos por el Observatorio de Familia-DNP (entidad estatal) coinciden también con los de los partos.

55 CDN, artículo 12.

56 MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Lo mismo sucede en Perú, donde no se cuenta con estadística de *embarazos* infantiles, sólo hay estadísticas de atenciones de *partos* diferenciadas por edades, proporcionada por la Oficina de Estadística e Informática del MINSA.

En Nicaragua una publicación del Ministerio de Salud (Minsa), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que el número de embarazadas entre 10 y 14 años pasó de 1.066 en el año 2000, a 1.577 en el 2009⁵⁷.

El gobierno de Paraguay no proporcionó cifras. Por datos recabados por la prensa del Ministerio de Salud, se conoce que en el año 2015 se registraron 277 niñas y adolescentes embarazadas en las escuelas.

Las Estadísticas de Salud Pública de República Dominicana muestran que del total de nacimientos registrados en el año 2012, el 29% fue de madres adolescentes, correspondiendo el 1.6% a menores de 15 años.

4.3. Abortos en niñas hasta 14 años de edad

En este punto tratamos de averiguar qué cantidad de abortos se realizaban a niñas menores de 14 años, en relación al total de abortos que se realizan por año en cada país.

De los países estudiados, Argentina, Colombia, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay no cuentan con datos sobre interrupción del embarazo en esta franja de edad. Uruguay reporta que durante el período 2013- 2014, el 17% de los abortos fueron realizados a menores de 20 años. No hay datos desagregados por edad.

En Brasil se contabilizaron 2.932 abortos en 2012; 2.807 en el año 2013 y 2.897 en el 2014, para esa franja de edad, de acuerdo a las cifras del Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

En El Salvador, durante el año 2014, 136 (1,8%) de los abortos se realizaron a niñas en esta franja de edad⁵⁸. Es posible que exista un importante nivel de subregistro de casos que acuden al circuito clandestino, ya que la diferencia entre embarazos y partos para el año 2014 era de más de 500 casos. Eso significa que cerca de 370 abortos no fueron registrados o se hicieron fuera del circuito de salud pública, probablemente debido a la criminalización del aborto en ese país.

57 Reunión interagencial sobre Evidencias Actuales, Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas de Prevención de Embarazo Adolescente en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Iniciativa Mesoamericana de la Salud 2015. Un análisis de esos casos reveló que el 32.80% de las parejas de menores de 15 años de edad las superan en edad por lo menos nueve años y más; una cuarta parte (24.3%) son al menos de seis a ocho años mayores que ellas, situación que permite suponer condiciones de abuso, violación o, incluso, incesto. 56% de estos nacimientos en niñas madres, son en la zona rural. 61% de las niñas madres tenía primaria inconclusa. Managua, 2015.

58 En este país, en el año 2013, de los 33.263 embarazos en el grupo de edad (10-19) un total de 16.066 (48%) terminó en partos espontáneos, mientras que 1.520 terminaron en aborto, constituyendo el 9.5% del total. (MINSAL. Sistema de Morbilidad en Línea -SIMMOW-, atención de embarazo adolescente. 2013). En el año 2014, en el Hospital de Maternidad, se registraron 559 abortos. Según este registro el 26% de los abortos atendidos ocurre en niñas y adolescentes.

En Honduras, se atendieron⁵⁹ 80 abortos en 2013 y 86 en 2014, siendo el porcentaje sobre el total de partos atendidos de 0,97% y 0,94% respectivamente, según datos del Área Estadística de la Salud de la Secretaría de Salud.

Las cifras de México muestran que en el año 2012 se realizaron 335 abortos (0,27%); en 2013, 370 (0,31%); y en 2014, 309 (0,26%) sobre el total de abortos. Los datos fueron proveídos por la Dirección General de Información en Salud (DGIS)⁶⁰.

Puerto Rico⁶¹ registra 40 abortos en 2011, 55 en 2012, 30 en 2013 y 18 en 2014. No se conoce qué porcentaje representan sobre el total de abortos. Los datos fueron brindados por la Organización Profamilia, con información proveniente de las clínicas privadas (7 de 8) que realizan abortos en la isla⁶². Estos informes se les solicitan a las clínicas privadas que proveen servicios de interrupción de embarazos.

República Dominicana posee datos sobre el año 2012, en el que se contabilizaron 5.987 abortos en adolescentes, representando el 27.8% del total de abortos reportados, de los cuales 1.7% se registró en el grupo de menores de 15 años.

Camila – 11 años

Bolivia

Camila sufrió reiterados abusos sexuales por parte de su padrastro desde el mes de febrero de 2014, cuando sólo tenía 10 años. El hombre aprovechaba la ausencia de la madre para cometer los abusos.

La madre de la niña declaró ante el jefe de la Fuerza Especial de Lucha contra la Violencia de Montero, Yauli Usnayo, que “si bien notaba algo raro, no se imaginaba que era su esposo el autor del hecho”.

El 14 de agosto de 2015, Camila dio a luz a gemelos, luego que se le practicara una cesárea en un hospital de Montero, a 50 km de la capital del Departamento de Santa Cruz. Según el médico que la atendió, los gemelos pesaron 2.340 y 2.440 gramos al nacer. Ella contó a los médicos que la atendieron que el embarazo fue producto de los abusos sexuales de su padrastro.

Un juez cautelar ordenó la detención preventiva del padrastro, identificado con las iniciales S.E.F., en la cárcel del pueblo vecino de Okinawa. El hombre fue acusado por el delito de “violación agravada”.

El fiscal de la unidad de víctimas especiales de la ciudad de Montero, Miguel Urrutia anunció que iniciaría una investigación y abriría proceso penal contra la madre de la niña por presunta complicidad.

Fuentes:

<http://www.mdzol.com/nota/624115-nina-boliviana-es-madre-de-gemelos-tras-violacion/>

www.toovia.com/posts/2015/aug/19/0.13503

<http://diarioretiro.com/bolivia-nina-de-11-anos-embarazada-tras-una-violacion-dio-a-luz/>

www.la-razon.com/sociedad/Nina-boliviana-violada-padrastro

www.theclinic.cl/2015/08/17/nina-boliviana-de-11-anos

www.elnuevodia.com/noticias/internacionales/nota/ninade11anosvioladadaaluzagemelos-2087753/

59 Son casos que llegaron a los hospitales. No se aclara si fueron abortos inducidos o espontáneos. La práctica del aborto es ilegal en Honduras sin ninguna excepción.

60 Base de datos Sistema Automatizado de Egresos hospitalarios (SAEH) 2012-2014.

61 En Puerto Rico el aborto está despenalizado. Rige la misma legislación que en Estados Unidos de América.

62 Informe al Departamento de Salud- Secretaria auxiliar de planificación y desarrollo. Clínicas de Terminación de embarazos años 2010-2011/ 2011-2012/ 2012-2013-2013-2014.

4.4. Niñas hasta 14 años de edad en control prenatal

Si el panorama es preocupante a la hora de conocer el número de embarazos y de abortos en este grupo de niñas, se agrava cuando se indaga sobre el porcentaje que se encuentra el control prenatal. ¿Cómo evaluar el cuidado al que el Estado está obligado en caso de embarazos precoces y especialmente en aquéllos que son producto de violencia sexual, si no se cuenta con esas cifras?

De los 14 países estudiados, sólo Brasil y el Salvador proveen algunos datos. En Brasil, durante el año 2013 se reportaron 28.236 niñas en control prenatal. En el Salvador, de las mujeres que acudían a cuidado prenatal, 1.540 (1,9%) eran niñas.

De los demás países no se cuentan con datos, sino con estimaciones generales para todas las adolescentes. Así, en Nicaragua del total de adolescentes con antecedentes de embarazo en los últimos cinco años, 94.3% recibió atención durante su último embarazo, que se brindó principalmente por médicos generales/ ginecólogos en 72.90% de los casos y en 20.6% por enfermeras.

En Uruguay un Estudio Epidemiológico sobre embarazos no controlados⁶³ mostró que el 8,3% de las mujeres entrevistadas eran adolescentes menores de 19 años que no acudieron a control prenatal. Entre las causas, se cita en primer lugar la *falta de interés* (45.8%). En la categoría “otras” un 25% incluye *Violencia Doméstica*.

4.5. Riesgos y Consecuencias del Embarazo Infantil

El embarazo tiene consecuencias inmediatas y a la vez duraderas para las niñas. Es decir, además de las consecuencias inmediatas sobre su salud, educación y situación dentro de la comunidad, se alterarán para siempre sus relaciones sociales, posibilidades de desarrollo y el potencial de generación de ingresos. Se altera el curso de toda su vida.

Un estudio mundial del Fondo de Población de Naciones Unidas demostró que “las chicas con las mayores vulnerabilidades y que se enfrentan a un mayor riesgo de complicaciones y muerte por el embarazo y el parto, son las de 14 años o menos. **Este grupo de adolescentes muy jóvenes normalmente es ignorado por las instituciones nacionales de salud, educación y desarrollo.** Sus necesidades son inmensas, y los gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional deben hacer mucho más para protegerlas y apoyar su transición segura y saludable desde la infancia y la adolescencia a la edad adulta”⁶⁴.

Asimismo, se demostró que el embarazo en estas niñas se entrelaza con cuestiones de derechos humanos. A una niña embarazada que es presionada y obligada a salir de la escuela, por ejemplo, se le niega su derecho a la educación. Si se le prohíbe el acceso a la anticoncepción o incluso información sobre la prevención de un embarazo, se le niega su derecho a la salud. Por el contrario, una chica que es capaz de disfrutar de su derecho a la educación y se queda en la escuela tiene menos probabilidades de quedar embarazada que sus contrapartes que abandonan o son forzadas a dejarla.

63 Revista Médica del Uruguay. Vol. 28 No. 2 julio 2012. Equipo del CHPR, integrado por Dr. Leonel Briozzo.

64 UNFPA: Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy. The State of World Population 2013.

El disfrute de un derecho por lo tanto la pone en una mejor posición para disfrutar de otros. Desde una perspectiva de derechos humanos, una niña que queda embarazada, independientemente de las circunstancias o razones, es una cuyos derechos están siendo socavados. El riesgo de muerte materna para las madres menores de 15 años en países de bajos y medianos ingresos es el doble que el de las mujeres de más edad; y se enfrenta a mayores tasas de fístula obstétrica que sus compañeras de más edad⁶⁵.

Con relación a los embarazos forzados de niñas, producto de violencia sexual, el MESECVI-CEVI manifiesta que “la violencia sexual tiene consecuencias nefastas tanto sobre ellas como sobre el conjunto de la sociedad, afecta a su salud física y reproductiva, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna e infantil y por transmisión de VIH, genera embarazos de alto riesgo y problemas relacionados con el embarazo, tales como los abortos inseguros, los partos prematuros, entre otras consecuencias. Además, los embarazos de niñas y adolescentes acarrearán aún mayores riesgos médicos y psicosociales y constituye un problema mayor en cuanto a salud pública, justicia, educación y derechos humanos”⁶⁶.

Los riesgos para la salud física y psíquica de una niña con embarazo forzado son evidentes, dado que en la mayoría de los casos el embarazo se genera por violencia sexual, se deben considerar las consecuencias del abuso, de las posibles amenazas recibidas para no denunciarlo y del impacto de vivir un embarazo no deseado.

Las consecuencias en la salud física tienen relación con el escaso desarrollo debido a la edad, ya que la niña aún está en edad de crecimiento. La placenta se nutrirá de la madre, que en realidad es una niña. Eso significa que el feto en desarrollo absorberá calcio y otros nutrientes de una niña que todavía los necesita para sí misma. Asimismo, el embarazo incrementará la presión sobre el sistema cardiovascular.

El mayor peligro, sin embargo, es el piso pélvico. Las niñas pueden empezar a ovular y menstruar ya a los 9 años, aunque el promedio es de alrededor de 12 a 13 años. El hecho de que una chica pueda quedar embarazada, no significa que ella puede parir de forma segura a un bebé. La pelvis no crece por completo hasta más avanzada la adolescencia, lo que significa que las niñas pueden no ser capaces de empujar al bebé a través del canal de parto⁶⁷.

Las niñas sometidas a un parto natural pueden tener trabajo de parto durante varios días. A menudo desarrollan fístulas, que son aberturas entre la pared vaginal y el recto o la vejiga. Las mujeres con fístulas a menudo son rechazadas socialmente. Según los científicos, aunque el inicio de la pubertad se esté produciendo a edades más tempranas de acuerdo a los datos actuales, la pelvis no va a madurar más rápido. Si la pubertad se produce antes, esto pondría a las jóvenes en riesgo de vivir embarazos peligrosos durante un período de tiempo más largo⁶⁸.

De acuerdo a un Informe de la Organización Mundial de la Salud, el primer embarazo a una edad temprana es arriesgado. Aunque los nacimientos entre adolescentes alcanzan al 11% de todos los

65 UNFPA, op cit.

66 OAS-MESECVI-CEVI. “Garantizar los Derechos Humanos de las Niñas frente a la Violencia Sexual”. Comunicado por el Caso Mainumby, que mereció una Medida Cautelar por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2 de diciembre de 2015.

67 Disponible en: <http://www.livescience.com/19584-10-year-birth.html>

68 Op. cit ut supra. Cuando la cabeza del bebé empuja hacia abajo y se queda atascada, puede cortar porciones de tejido blando de la madre entre su cráneo y los huesos pélvicos. Como resultado, el tejido muere y se forma un hueco a través del cual se filtran las heces y la orina hacia la vagina.

nacimientos en todo el mundo, representan el 23% de la carga global de morbilidad. Los embarazos tempranos no deseados se asocian con mayores niveles de aborto inducido. Si estos abortos se llevan a cabo en condiciones inseguras pueden acarrear riesgos graves para la salud y la vida de las niñas. En el 2008, había un estimado de tres millones de abortos inseguros en los países en desarrollo entre las jóvenes de 15 a 19 años. El 65% de mujeres con fístula obstétrica la desarrolló durante la adolescencia, con consecuencias nefastas para la vida, física y socialmente⁶⁹. En otro Informe alerta asimismo sobre los peligros del embarazo precoz⁷⁰.

Estudios realizados por profesionales de la medicina en los Estados Unidos⁷¹ han concluido asimismo que el embarazo precoz tiene consecuencias físicas y mentales nocivas.

Un estudio multipaís⁷² realizado en Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años mostró que una gran parte de las participantes sufrió alguna complicación con su embarazo, entre las cuales las más comunes fueron anemia, náuseas/vómitos o infecciones urinarias o vaginales. Además, se observaron varios casos de complicaciones más severas, entre ellas, preeclampsia-eclampsia, ruptura de membranas y parto prematuro. En los cuatro países se constató una prevalencia del parto por cesárea de alrededor del 34%, que pueden acarrear riesgos serios después de las cirugías y consecuencias tardías, como la formación de adherencias.

Ante un caso de embarazo por violación de una niña de 11 años en la Provincia de Entre Ríos, en Argentina, diversos profesionales de la salud se refirieron a los riesgos: “si estamos hablando de una niña de 11 años, se está en presencia de un embarazo de alto riesgo con compromiso materno y también de parto prematuro. Una chica de esa edad embarazada puede sufrir ciertas patologías durante la gestación, como rotura de membranas, preeclampsia y eclampsia con desniveles de la presión arterial que comprometen su salud. Además, una niña de 11 años es inmadura para ser madre, sufrió un daño grave como un abuso y hay que tener en cuenta además, su salud mental ante un embarazo”⁷³. Sobre el mismo caso, los médicos del Hospital de San Salvador que conocieron el caso dijeron que la niña aun no tenía la evolución necesaria, ni física ni psicológica, para tener un hijo, con escaso desarrollo de sus mamas y de sus huesos pélvicos⁷⁴.

69 OMS: Early marriages, adolescent and young pregnancies. A65/13 - 16 March 2012.

70 World Health Organization & United Nations Population Fund, *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*, at 14 (2006), available at whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784_eng.pdf.

71 Stephanie Pappas, *Doctors Appalled by 10-Year-Old Giving Birth*, Apr. 9, 2012, Disponible en: www.livescience.com/19584-10-year-birth.html; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24559618; R.S. Siegel & A.R. Brandon, *Adolescents, Pregnancy, and Mental Health*, 27(3) *J. Pediatric & Adolescent Gynecology* 138 (June 2014), abstract available. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0976001612000853.

72 Planned Parenthood Global. *Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años*. 2015.

73 Entrevista de Mariana Carbajal, de Página12, a Alicia Figueroa, ginecóloga del Hospital Durand de la ciudad de Buenos Aires y ex directiva del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam)- 18 de enero 2012.

74 El caso suscitó un acalorado debate en los medios. Disponible en <http://entrieriosahora.com/ser-mama-a-los-11/>
<http://www.lagaceta.com.ar/nota/502462/sociedad/fue-mama-nena-11-anos-habia-sido-violada-no-dejaron-abortar.html>
<http://www.lagaceta.com.ar/nota/473684/policiales/nina-11-anos-pide-le-realicen-aborto.html>
<http://www.lagaceta.com.ar/nota/474068/policiales/nina-11-anos-no-abortara-tendra-al-bebe.html>
<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-185732-2012-01-18.html>
<http://www.elonce.com/secciones/parana/440867-embarazo-precoz-detectaron-en-el-san-roque-58-casos-de-abuso-en-cinco-anos.htm>

A los dos meses de este caso, la Corte Suprema de Justicia emitió el fallo FAL, que aclara los casos en que puede hacerse la interrupción legal del embarazo y exigió que se dictaran protocolos para el personal de salud.

Si se analizan los casos estudiados, se observa que en varios de ellos se presentaron complicaciones de salud. Así, Denise, de República Dominicana, (Ver caso más adelante) fue sometida a un procedimiento de cesárea, presentando un grave cuadro de hipertensión arterial, edema pulmonar, deterioro del estado de conciencia y signos de infección. Igual situación vivió Lorena (Ver caso de Argentina, más adelante) que presentó hipertensión y otras alteraciones propias de ese cuadro, anemia y otras más complejas, como el mal funcionamiento renal. Una situación similar vivió Mainumby en Paraguay (Ver recuadro). Su bajo peso y desarrollo corporal le impedían sostener el peso del embarazo y cuando este fue avanzando, tenía problemas para caminar e incluso para dormir. Presentaba desnutrición, nulo desarrollo de mamas y de los huesos de la pelvis.

En relación a la **salud mental**, el estudio multipaís de PPGlobal⁷⁵ concluye que una proporción importante de niñas y adolescentes que habían dado a luz informaron síntomas de depresión, ansiedad y, en particular para las que habían sido atacadas sexualmente, de estrés post-traumático. Tanto en Perú como en Nicaragua, entre el 7% y el 14% de las participantes informaron haber contemplado el suicidio durante el embarazo.

El Comité de los Derechos del Niño y la Niña, apoyándose en la investigación existente, alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes embarazadas y púerperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado⁷⁶. La depresión en el período perinatal es también un factor de riesgo para consumo de drogas y abuso de alcohol⁷⁷.

El embarazo adolescente también puede tener **efectos sociales y económicos** negativos en las niñas, sus familias y comunidades. Muchas niñas que quedan embarazadas tienen que abandonar la escuela. Las niñas que son violadas y quedan embarazadas son más propensas a abandonar la escuela y vivir en la pobreza⁷⁸.

Según datos del Ministerio de Salud de El Salvador, 59% de las adolescentes embarazadas interrumpió sus estudios. De ese grupo, el 18% volvió a estudiar y el 41% nunca volvió a estudiar⁷⁹.

Una niña con poca o ninguna educación tiene menos habilidades y oportunidades de encontrar un trabajo. Esto también puede tener costos económicos ya que miles de mujeres jóvenes habrían tenido ingresos más altos, si no hubieran tenido un embarazo temprano⁸⁰. Un estudio realizado en Nicaragua sobre embarazos adolescentes rurales mostró que después de estos embarazos precoces es más frecuente la deserción escolar, lo que significó menor nivel de escolaridad que en las jóvenes de la misma edad que no se habían embarazado⁸¹.

75 Planned Parenthood Global. *Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años.* 2015.

76 Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 4: Adolescent Health and Development, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4, 27 (July 2003).

77 Adolescents, pregnancy, and mental health. Siegel R, Brandon A. *J Pediatric Adolescent Gynecology.* 2014 Jun;27 (3):138-50. doi: 10.1016/j.jpag.2013.09.008. Epub 2014 Feb 20. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24559618>.

78 World Health Organization, Report by the Secretariat, Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies, A65/13, 11 (Mar. 16, 2012). Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf?ua=1.

79 Fesal 2008. Citado por el Ministerio de Salud de El Salvador, MINSAL, en ASPECTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES- 2012.

80 World Health Organization, Fact Sheet No. 364 on Adolescent Pregnancy (Sept. 2014). Disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/.

81 Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua : determinantes de riesgo y protección e indicadores para su abordaje / PATH ; Nicasalud ; USAID-- 1a ed. - Managua: PATH/InterCambios, 2012.

Cuando el embarazo se torna evidente, en muchos casos, la atención de la familia, la sociedad y el estado se tornan hacia el perpetrador del abuso. Si este ocurrió en el entorno familiar, sobrevendrá una crisis. En algunos casos se culpará a la niña por hacer público un hecho que para muchas familias es preferible mantener secreto. Si el perpetrador se retira o es retirado del hogar, puede suceder que la niña sea acusada de haber dividido a la familia o haberla dejado sin sustento. Todo el escenario es de un alto nivel de sufrimiento para las niñas, con gran conmoción subjetiva, ya que todos los pilares y estructuras de la familia se tambalean. Algunas de las personas que debían protegerla, criarla y darle afecto, fueron responsables o cómplices del abuso, o la acusan por denunciarlo. El sistema fraternal también puede resquebrajarse, dependiendo de las solidaridades y simpatías que cada integrante tenga con los adultos.

Como recomendaciones para evitar y reducir estos embarazos, la OMS propone a los líderes políticos, planificadores y líderes de la comunidad, entre otras medidas, formular y aplicar leyes y políticas para prohibir el matrimonio de niñas antes de la edad de 18 años; aumentar el acceso a la información y servicios de anticoncepción, incluyendo los anticonceptivos de emergencia; mejorar la cobertura de la educación sexual; castigar a los autores de las relaciones sexuales forzadas; permitir a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro; y ampliar el acceso de todas las mujeres, incluidas las adolescentes y niñas embarazadas, a atención prenatal especializada⁸².

Yanina - 14 años

Colombia

Yanina tiene 14 años, es afrodescendiente y vive en el Corregimiento de La Peña, jurisdicción del municipio de Sabanalarga, departamento del Atlántico, en la costa norte de Colombia, siendo considerada la segunda ciudad del departamento después de su capital, Barranquilla.

Estaba cursando el 8 (octavo) grado cuando quedó embarazada. En esos días comenzó a bajar su rendimiento académico como consecuencia de la incertidumbre sobre qué hacer, cuál sería su futuro. Entre otros miedos, temía la furia de sus padres cuando conocieran su embarazo.

Yanina vive en casa de sus padres junto a la niña que nació en Octubre del 2015, en un hogar con muchas carencias. Sus días transcurren entre la atención del bebé y los quehaceres de la casa. No tiene muchos espacios donde alternar. Se retiró del colegio en el mes de marzo del año 2015, porque no soportó la presión social a la que fue sometida y la institución donde estudiaba no le prestó la ayuda que requería en ese momento.

Este embarazo se da como resultado de la iniciación de su vida sexual a temprana edad. Ella no fue informada sobre la opción que tenía de interrumpir su embarazo. Cuando sus padres se enteraron, decidieron que ella tendría al bebé, sin importarles si ella quería o no. Su decisión no fue tenida en cuenta.

Durante el embarazo tuvo la hemoglobina baja, cansancio frecuente, hinchazón. Hizo todos los meses controles prenatales a través del régimen de salud (CAJACOPI- EPS), donde ahora comienza con los controles pediátricos de la bebé.

Está pálida, muy delgada, con los ojos hinchados y un abdomen prominente.

Sus estudios fueron suspendidos. Ella tiene el deseo de estudiar Ingeniería Industrial, pero no posee los recursos para hacerlos y tampoco cuenta con quien le cuide a su pequeña bebe mientras ella retoma sus estudios.

Fuente: Entrevista: Alexander Arellana – Psico-orientador de la Institución Educativa.

82 OMS. Early marriages, adolescent and young pregnancies. A65/13 - 16 March 2012.

5.

Maternidad infantil forzada

5.1. Definiciones

A diferencia del embarazo, que dura generalmente 9 meses, la maternidad es un compromiso a perpetuidad; transforma para siempre la vida desde el punto de vista físico, psíquico y social; altera las posibilidades de educación, acceso a recursos económicos y afecta las relaciones sociales de la niña no sólo al interior de su familia sino con su entorno.

Lo que es un proceso natural y gozoso cuando es elegido, deseado y realizado de manera voluntaria, se convierte en una carga y muchas veces en un estigma para las niñas cuyas maternidades han sido forzadas.

Una maternidad es forzada cuando no fue buscada ni deseada. Cuando esto sucede a una niña menor de 14 años, se está ante una maternidad infantil forzada. El deseo de la mujer o la niña de interrumpir el embarazo es el indicador más claro de que no desea ser madre.

Ese deseo en ocasiones, no se expresa públicamente, ya sea por desconocimiento, temor, o presión del entorno familiar, social o religioso. En otras ocasiones, si bien se expresa, no puede concretarse por normas restrictivas que impiden o restringen la autonomía de las mujeres para regular su fecundidad o por intervención de autoridades gubernamentales.

No todo embarazo no buscado o deseado se convertirá necesariamente en una maternidad forzada. Muchas mujeres quedan embarazadas sin haberlo planificado expresamente, pero luego de asimilar la sorpresa y las dudas, deciden continuar el embarazo y ser madres. Se conocen muchos casos de hijos/as que nacen 10 o más años después que los otros hermanos/as.

Este no es el caso de las niñas madres, porque en este escenario el porcentaje de embarazos producto de violencia sexual, muchas veces incestuosa, es muy alto. Niñas de 10, 11 y 12 años quedan embarazadas y el embarazo transcurre en silencio y muchas veces ignorado por la familia. No sólo no reciben atención médica, tampoco tienen apoyo afectivo, en momentos en que ambos son prioritarios.

En aquellos casos en que el embarazo fue producto de violencia sexual y se prohibió su interrupción, al momento en que la niña se convierte en madre se han cometido tres tipos de violaciones a sus derechos humanos: la primera, imponiéndole una relación sexual no deseada que violó su libertad sexual; la segunda, al obligarla a llevar a término un embarazo que no buscó y la tercera, al obligarla a ser madre contra su voluntad.

5.2. Datos sobre maternidad infantil

En nuestra región, cada año miles de niñas son arrancadas abruptamente de su infancia y convertidas en madres. Para el año 2012, los números de partos de niñas menores de 14 años en 12 países⁸³ mostraban que 60.690 niñas se convirtieron en madres. Los números son constantes y no se observa que haya una disminución importante. (Ver Anexo I)⁸⁴

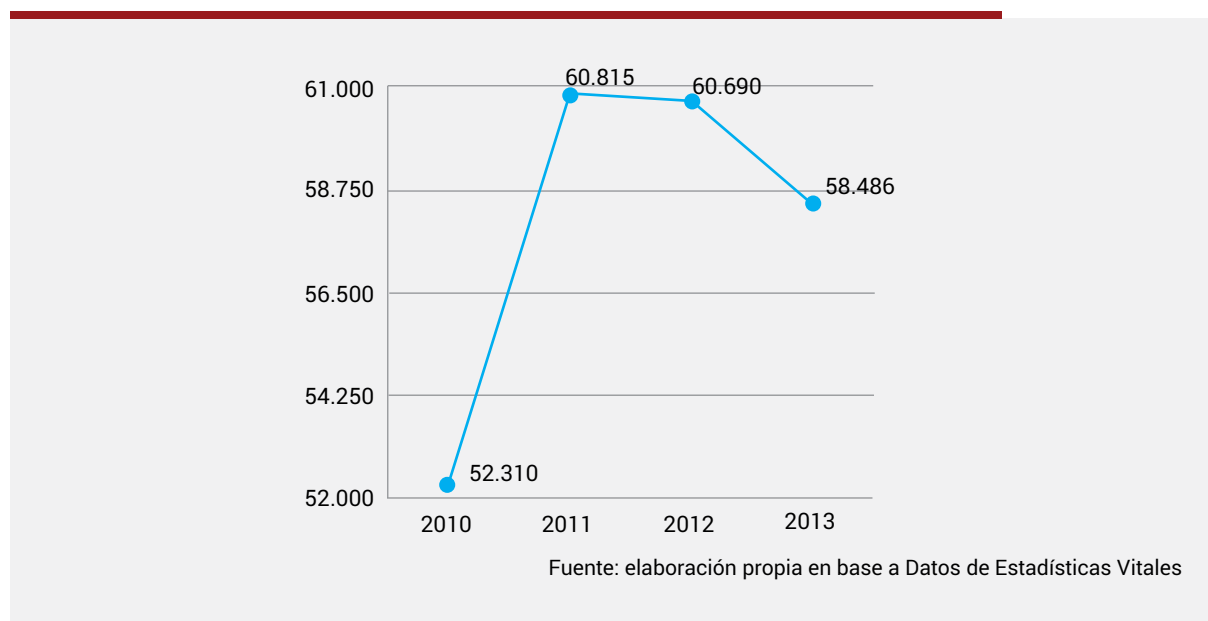
Los datos nos muestran que estos números no se han reducido en los últimos años en la medida esperada. Incluso en algunos países han aumentado. A pesar de los compromisos internacionales de reducir el embarazo adolescente y prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, no hubo una reducción significativa ni en la violencia contra las niñas ni en los partos infantiles. Esto podría indicar que no se han tomado medidas para revertir esta situación o si se tomaron no fueron las adecuadas.

Existe una gran dificultad para obtener datos precisos sobre estos partos. Algunos países los engloban en la franja de edad de 10 a 19. Otros dividen la información en dos sectores: 10 a 15 y 15 a 19.

Es importante contar con datos desagregados por edad de todos los embarazos, abortos y partos, ya sean los atendidos dentro del sistema de salud pública o fuera de él. Solo de esta manera se podrán tomar medidas adecuadas para atender la problemática.

En la Figura N° 1 se observa que si bien existe una disminución en el año 2013 con respecto a los partos de los dos años anteriores, los partos de ese año superan ampliamente a los registrados en el 2010.

Figura N° 1: Partos de niñas menores de 14 años en América Latina y el Caribe, 2010 a 2013

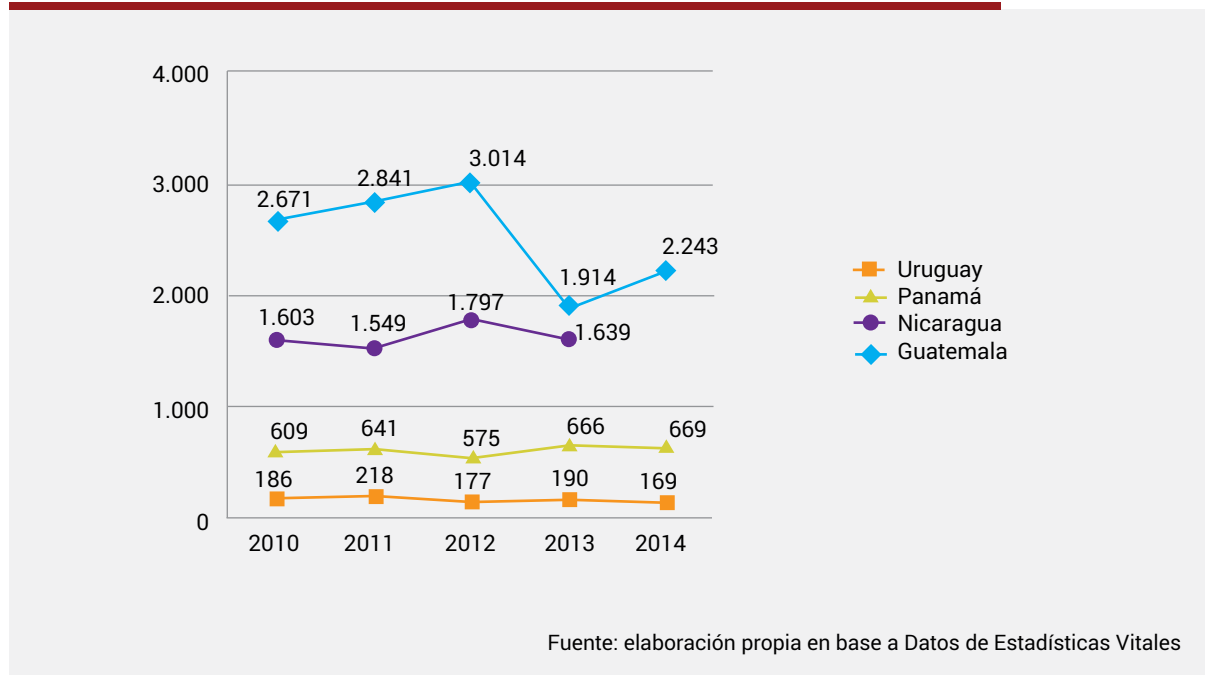


83 Todos los países del estudio con excepción de Bolivia y Puerto Rico.

84 Anexo I, Cuadro de Número y Porcentaje de Partos a término en niñas hasta 14 años.

En la siguiente figura (Figura N° 2), se trata de comparar los números entre varios países. Tomando como base el año 2010, se observa que sólo Uruguay y Guatemala disminuyeron en el 2014 los partos de niñas, mientras que Nicaragua y Panamá registran un aumento.

Figura N° 2: Análisis comparados entre 4 países de LAC

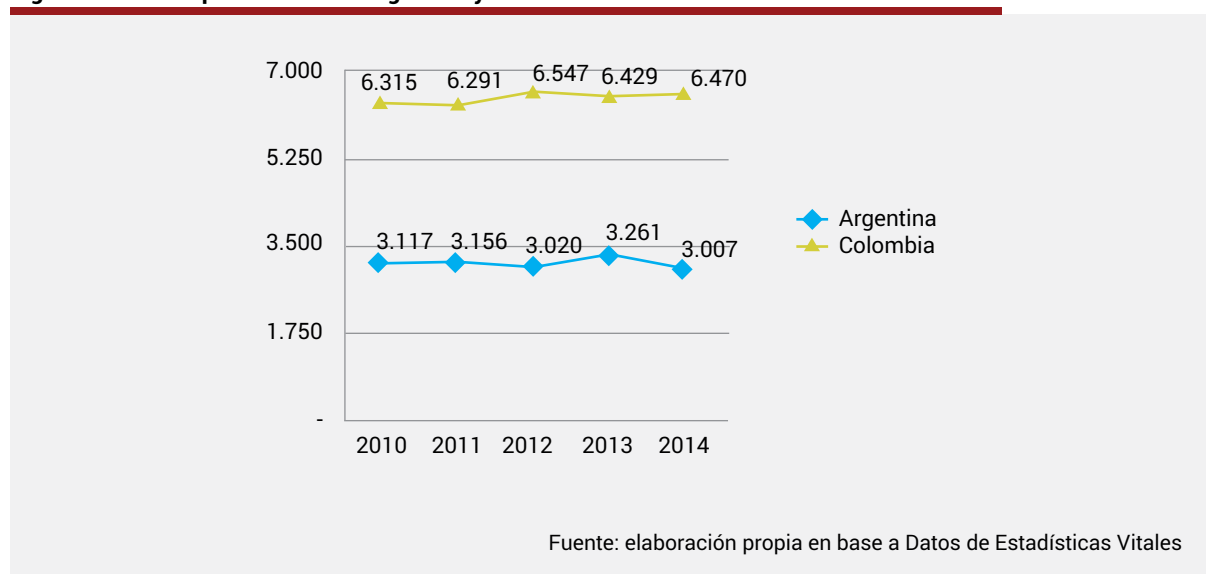


En esta figura (Figura N° 2) se observan grandes diferencias entre Nicaragua y Uruguay, dos países que tienen legislaciones opuestas en relación al aborto. Mientras que en Nicaragua el aborto está totalmente prohibido, en Uruguay el aborto no está penalizado si se cumple dentro de las primeras 12 semanas de gestación y siempre que la mujer cumpla el procedimiento establecido en la Ley aprobada en el año 2012. Si bien la población de Nicaragua dobla la de Uruguay, por lo cual sería razonable que los partos de niñas fueran el doble, los números en Nicaragua son diez veces mayores.

Si se compara Uruguay con Panamá, que tienen un número de habitantes similar, se observa que hay también grandes diferencias. Es probable que las restricciones para acceder a la interrupción del embarazo en Panamá sean la causa. A pesar de existir causales para el aborto legal⁸⁵, no se han implementado los protocolos correspondientes y hay dificultades para ejercer ese derecho.

85 Las causales para la interrupción legal del embarazo en Panamá son: amenaza a la vida o la salud de la mujer o que el embarazo sea resultado de una violación.

Figura N° 3 - Comparación entre Argentina y Colombia



Asimismo si se comparan los números de partos de niñas entre Argentina y Colombia, que tienen una estructura poblacional similar,⁸⁶ (Figura N° 3) las cifras de Colombia son el doble que las de Argentina y no se observa que disminuyan. Comparadas las cifras del año 2014 con las del año 2010 habría incluso un incremento. La disminución en las cifras de Argentina es muy pequeña y no habilita a considerarla como tendencia. Habrá que observar que sucede en los próximos años.

Se desconocen los factores que motivan la diferencia, pero en Colombia, las cifras podrían estar relacionadas con la violencia producto del conflicto armado y su influencia en otras esferas de la vida, especialmente la familiar y social. En relación al marco jurídico que se tomó como dato para las otras comparaciones, ambos países tienen aborto legal por causales⁸⁷.

86 Argentina tiene 43.431.886 de habitantes y Colombia tiene 41.468.384. Fuente: Censos Nacionales de ambos países: Argentina, 2010- Colombia, 2005.

87 En Colombia el aborto fue despenalizado mediante la Sentencia de la Corte Constitucional colombiana C-355 de 10 de mayo del 2006, en tres situaciones específicas: (I) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (II) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (III) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

En Argentina el aborto es no punible en los siguientes casos: 1) evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer (aborto terapéutico); o 2) el que interrumpiere un embarazo fruto de una violación o de un atentado contra el pudor. En marzo de 2012, la Suprema Corte de Justicia argentina precisó que el aborto es no punible en violaciones cometidas sobre cualquier mujer; y además indicó que no es necesario recurrir a la justicia para su realización.

Lorena – 12 años

Argentina

En mayo de 2015 Lorena se debatía entre la vida y la muerte en la maternidad del hospital “Juan Ramón Vidal” de la ciudad de Corrientes, en Argentina, donde fuera trasladada tras las complicaciones derivadas de una cesárea practicada en Saladas, a 100 km de la capital provincial, de la que nació un varón que pesó 3,6 kilos.

Según manifestaciones de la directora del Hospital Vidal, Norma Pérez, “La pequeña está en terapia intensiva con pronóstico reservado y asistencia respiratoria. Su condición es crítica, ya que presenta un cuadro de hipertensión arterial, que es una de las complicaciones clásicas que se registran en los embarazos adolescentes. También presenta otras alteraciones propias de ese cuadro, como anemia y otras más complejas, como el mal funcionamiento renal”.

Aclaró además que presenta síndrome de Hellp “que conlleva una hemólisis, disminución de plaquetas en la sangre y aumento de las enzimas hepáticas”.

“Son alteraciones bioquímicas que evolucionaron en el tiempo, ya que ingresó al hospital el lunes por la mañana, a las 19 pasó a terapia y las complicaciones respiratorias obligaron a que a las 21.30 deba ser asistida con respirador”, indicó la directora del hospital.

La funcionaria explicó que en el mismo hospital se atiende a una niña de once años, también de Corrientes, embarazada de seis meses. La doctora explicó que las autoridades del hospital reportaron ambos casos a la Justicia, que investiga las circunstancias de las menores.

Corrientes se declaró Provincia Pro-Vida en el 2015 y a pesar que tiene obligación de implementar la Ley de Educación Sexual Integral, el material enviado desde la Nación para trabajar estos temas está archivado y sin uso en los colegios. Asimismo, las autoridades provinciales desconocen las obligaciones surgidas del Fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que habilita los abortos en casos de violación y exige la aplicación del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” difundido por el Ministerio de Salud de la Nación en abril 2015.

Fuentes:

<http://www.telam.com.ar/notas/201505/105742-embarazo-adolescente-corrientes.html>

<http://www.abc.com.py/internacionales/justicia-investiga-embarazos-de-ninas-de-12-y-11-anos-en-norte-argentina-1368539.html>

<http://www.radionacional.com.ar/?p=60126>

5.3. Mortalidad materna infantil

Solo 4 de los países estudiados cuentan con datos sobre mortalidad materna en ese grupo etario. En Argentina, según datos del Ministerio de Salud de la Nación⁸⁸ hubo 3 muertes en 2010; 1 en 2011 y 1 en 2012.

Brasil registra 26 muertes en 2010; 16 en 2011; 23 en 2012 y 14 en 2013. En México hubo 4 muertes en 2010; 8 en 2011; 2 en 2012 y 6 en 2014. El Salvador⁸⁹ registra una muerte en 2014.

La desagregación por edad de los datos sobre muerte materna en niñas y adolescentes debe realizarse en forma urgente, para poder analizar adecuadamente las consecuencias de la maternidad infantil. La franja 10 a 19 años es demasiado amplia para poder observar un sinnúmero de casos que tienen otras implicancias y consecuencias. No es lo mismo un parto para una joven de 18 años que para una niña de 10 u 11 años.

Ángela – 13 años

Perú

Angela vivía en el caserío Nueva Alianza Masisea, de la Provincia de Coronel Portillo, en la región Ucayali, amazonia peruana, que linda al este con Brasil.

La niña acude al Centro de Salud Nueva Esperanza acompañada de una amiga, donde detectan síntomas de sepsis y la derivan inmediatamente al hospital de referencia (Hospital Amazónico), donde queda internada por tres días hasta su fallecimiento.

Según la historia clínica, la muerte se debe a un paro cardiorrespiratorio secundario a shock séptico debido a un aborto séptico, sumado a una insuficiencia renal aguda. En el mismo documento se señala el mal estado en que llega la paciente, sus precarias condiciones y el poco apoyo del entorno social.

Hubo demora en la búsqueda de atención. También se observó poco apoyo del entorno social y nulo del entorno familiar, ya que una amiga la llevó al centro de salud, la dejó en el establecimiento y desapareció. Ningún familiar la acompañó. Los profesionales a cargo sospecharon que fueran complicaciones de un aborto auto inducido.

No se dan datos sobre el embarazo, si fue producto de un abuso o de una relación consentida. Se conoce que en la región de donde proviene hay zonas de mucho aislamiento. Por otra parte, por ser niñas no cuentan con redes de socialización grandes, más bien son precarias y vulnerables. En este caso, las redes de socialización estuvieron ausentes.

Fuente:

Historia clínica médica. PROMSEX, Historias para no olvidar. La violencia como factor asociado a la muerte materna de adolescentes. Un estudio cualitativo. Perú 2012-2014. Susana Chávez Alvarado y Elisa Juárez Chávez. Perú, setiembre 2015.

88 Estadísticas Vitales, Información Básica, años 2010, 2011, 2012 y 2013.

89 Fuente SIMMOW Y base de muertes maternas 2014.

5.4. Riesgos y consecuencias de la maternidad forzada infantil.

Un alto porcentaje de niñas madres deja la escuela, ya sea por vergüenza, a causa del estigma que cae sobre ellas, sobre todo si fueron abusadas sexualmente, o porque son hostigadas o discriminadas. En otros casos, el abandono escolar se debe a las nuevas tareas que tienen que asumir para el cuidado o el sustento del bebé.

Aquellas que retoman sus estudios, no siempre pueden volver al mismo curso o escuela. A veces son incorporadas a módulos domiciliarios o nocturnos, que tienen menor nivel de exigencias o de calidad; u optan por cursos de capacitación laboral que les permitan obtener ingresos económicos.

Esta disminución en el número de años de estudio o en su calidad repercutirá en sus oportunidades laborales. El acceso generalizado a la educación en toda la región, así como la restricción en el número de empleos hace que los requisitos para el acceso al empleo se eleven. En la actualidad, las personas con educación secundaria incompleta tienen muchas dificultades para encontrar trabajo. Estas circunstancias empujan a la niña madre a ocupaciones de bajos ingresos que la mantendrán en la pobreza.

Su vida social también se transforma. En muchos hogares prohíben a sus hijas que se junten con la niña embarazada o que es madre para “que no sigan el ejemplo”. En general, el grupo de amigas se reduce o desaparece. Sus amigos varones cortan la relación o la continúan de otra manera, ya que la niña madre ya ocupa otro lugar social, más ligado al de los adultos con responsabilidades que al de niñas y niños que aún están jugando o iniciando coqueteos adolescentes.

Las consecuencias de la maternidad infantil alcanzan no sólo a la niña sino a su familia. En general, ellas no pueden hacerse cargo del bebé y éste debe ser criado por su madre u otros familiares cercanos. Si la familia es pobre, la crianza se convertirá en una carga más para el resto de los integrantes, especialmente para las mujeres, tanto en horas de cuidado como en costos económicos.

Aún cuando el embarazo sea producto de una relación consensuada, será difícil contar con el apoyo del padre biológico del bebé. En algunos casos, es un adolescente sin recursos. En otras puede ser un adulto. Pero dado que las relaciones sexuales con niñas menores de 13, 14 o 16 años -según el país- están prohibidas y se equiparan a la violación, lo más probable es que los progenitores estén huyendo de la justicia, o hayan sido detenidos.

En los casos analizados se han observado que la mayoría de las niñas madres abandonó la escuela, y aunque sus sueños de estudiar continúan, el regreso a los estudios se hace difícil. También se observó el aislamiento de la mayoría de sus amistades y tensión al interior del grupo familiar. En el aspecto económico, todas carecen de autonomía y dependen de su familia de origen. El acceso al empleo es dificultoso. La ayuda social es parcial y en general no cubre todas las necesidades de la joven ni las del bebé.

Denise – 11 años

República Dominicana

Denise vive en la localidad de San Cristóbal, en el sur del país, en un hogar muy pobre. Fue violada por un cuñado de la familia, quedando embarazada.

No recibió atenciones médicas prenatales durante los primeros cinco meses, debido a que no confesó a la madre lo sucedido porque el agresor le amenazaba con matarla a ella y a su familia.

En enero 2013, fue sometida a un procedimiento de cesárea, presentando hipertensión arterial, edema pulmonar, deterioro del estado de conciencia y signos de infección. Su estado se consideró grave.

El ministro dominicano de Salud Pública y Asistencia Social, Freddy Hidalgo, calificó de “verdadero drama” ese embarazo de la niña de San Cristóbal. “Es una joven que todavía no ha llegado a la madurez y tiene todo el riesgo de complicarse”, expresó.

El gobierno ha ordenado que a la menor se le brinden las atenciones médicas y psicológicas necesarias en el hospital que la atiende, y ha dado instrucciones para que también reciba asistencia en su casa.

En República Dominicana, solo en el trimestre de abril a junio de 2013, acudieron a consulta 1.811 embarazadas menores de edad. 71 de ellas tenían entre 10 y 14 años.

Las restantes 1.740 tienen edades comprendidas entre 15 y 19 años, y representan el 96.1 por ciento de los casos de menores.

El doctor Miguel Ángel Geraldino, director del Hospital Regional Juan Pablo Piña donde la menor recibe tratamiento, indicó que la institución le está prestando cuidados especiales a este embarazo, debido a su alto riesgo. Asimismo manifestó que, debido al alto número de adolescentes embarazadas que se producen en la región, el hospital ha creado una unidad especial en donde se les da seguimiento a todos los casos. Se estima que cerca del 25% de los embarazos corresponde a menores de edad en esa región.

Fuentes:

<http://noticias.terra.com/america-latina/republica-dominicana/nina-de-10-anos-embarazada-conmociona-a-republica-dominicana,2e452c5ad1890410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>

<http://www.univision.com/noticias/noticias-de-latinoamerica/embarazo-de-nina-de-10-anos-conmociona-a-republica-dominicana>

<http://noticiasistmo.com/sociedad/embarazo-de-nina-de-10-anos-conmociona-a-republica-dominicana/>

<http://www.listindiario.com/la-republica/2013/02/10/265344/medicos-luchan-por-salvar-vida-a-nina-de-11-anos-que-dio-a-luz>

BALANCE REGIONAL



Parte 2

La respuesta de los Estados al problema de los embarazos y maternidades infantiles forzadas

6.

Marco jurídico en materia de Violencia Sexual contra las niñas

Cada vez que una niña menor de 15 años se embaraza, debería contemplarse la existencia de abuso... La vergüenza y el estigma asociadas a estas transgresiones también son causa de que estos delitos no se denuncien.⁹⁰

6.1. Las figuras penales analizadas.

Si bien en otras regiones del mundo la mayoría de los casos de embarazos infantiles se dan en el marco de matrimonios o uniones de hecho, en América Latina y el Caribe la causa principal es el abuso sexual.

El matrimonio infantil está prohibido en la región. Salvo contadas excepciones, en la mayoría de los países la edad del matrimonio es de 18 años y si bien varios permiten el matrimonio a edad temprana si hay consentimiento de los padres, de un representante legal o de una autoridad judicial, ya hay iniciativas internacionales y nacionales para prohibir este tipo de autorización e ilegalizar la unión de hecho entre menores de esa edad. Guatemala y México⁹¹ son un ejemplo en ese sentido, ya que han emitido leyes que prohíben el matrimonio a menores de edad aunque haya autorización de los padres. Sin embargo, esta legislación es reciente y se debe trabajar aún muy intensamente para lograr su plena implementación. En el caso de México, en 26 entidades de la República, todavía se permite que menores entre 14 y 16 años contraigan matrimonio, pues así lo permiten ciertas excepciones de los códigos civiles⁹².

Dado que la mayoría de los casos de embarazos infantiles se producen debido a violencia sexual, se considera necesario revisar el marco jurídico que penaliza estos delitos.

En este estudio se separaron las normas sobre abuso sexual incestuoso, de aquellas que penalizan la violencia sexual realizada por extraños.

90 Declaraciones de Zulma Ortiz, Especialista de Salud de UNICEF, al Diario Clarín, el 12-4-12. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/verguenza-estigma_0_680931944.html.

91 En el informe de 2014 *Todos los niños y las niñas cuentan* de UNICEF, se detalla que casi un cuarto de las niñas mexicanas cumplen la mayoría de edad tras haber contraído matrimonio, tener hijos o una pareja. Debido a ello, una reciente normativa prohíbe totalmente el matrimonio a menores de edad.

92 Declaraciones de Rebeca Ramos, encargada de Política Públicas e Investigación del Grupo de Información en Reproducción Elegida (Gire) a Redacción Revolución (<http://revoluciontrespuntocero.com/author/redaccion/>) 14 febrero, 2016.

Asimismo, se distingue el *incesto* del *abuso sexual incestuoso*. Mientras que el primero se refiere a una relación igualitaria entre dos personas que tienen un vínculo familiar, en el segundo existe una relación jerárquica, donde existe la imposición de la voluntad de un sujeto sobre el otro (Saffioti, 1992)⁹³. Adhiriendo a la definición de Saffioti, este informe se concentrará en el abuso sexual incestuoso.

En el trabajo como defensoras de derechos humanos de las mujeres y las niñas se pudo observar que un gran porcentaje de los casos de abuso sexual son cometidos dentro de la familia pero su difusión, impacto y sanción son diferentes a los perpetrados por extraños. La violación de una niña por un hombre que no es de la familia provoca denuncias, repudio inmediato y escandalizado por parte de la sociedad y la familia, intentos de linchamiento del perpetrador y revuelo en la prensa, entre otras reacciones. En general, el grupo familiar protege y defiende a la niña. En cambio, los abusos de miembros de la familia suelen mantenerse en el silencio y en su mayoría permanecen impunes.

Estas situaciones pueden explicarse no sólo por el miedo de la víctima a sufrir violencia física o rechazo, sino también por la violencia simbólica, que teje redes de dominación más fuertes, duraderas y difíciles de detectar que la violencia física.

En muchos casos la culpa cae sobre las mismas niñas: “es precoz”, “ella lo sedujo”, “está muy desarrollada para su edad”, “ella se sentaba en sus rodillas”, son alguna de las frases que se escuchan. Lamentablemente, quienes las profieren no son sólo ciudadanas/os del común sino fiscales, jueces u otros funcionarios.

La naturalización del abuso sexual infantil, incluido el incestuoso, está muy extendida, especialmente cuando tiene lugar en sectores pobres. La película “Feos, Sucios y Malos”⁹⁴ de Ettore Scola, comienza con una escena donde una niña de aproximadamente 10 u 11 años, pequeña y delgada, va a buscar agua con un balde, en una barriada muy pobre de las afueras de Roma. No es una escena triste, la música de fondo es una tarantella. En la última escena, la misma niña aparece haciendo el mismo recorrido, pero con un vientre abultado por un embarazo. Tampoco es una escena dramática. Esa impactante imagen transmite una aceptación de la niña de su destino y también muestra que, tanto para ella como para los miembros de esa familia, el abuso sexual incestuoso está naturalizado.

¿Cómo explicar esa naturalización del abuso, o el estigma que cae sobre las niñas abusadas – que muchas veces son criticadas en sus comunidades y familias- sin hacer referencia a una visión androcéntrica del mundo y a la violencia simbólica, que coloca a las mujeres y las niñas como objetos de propiedad de los varones de la familia?

En el estudio multipaís “Vidas Robadas” algunas de las niñas entrevistadas relatan que una de las cosas que más las dañó fue percibir los chismes y críticas que les hacían en sus comunidades, por lo cual varias de ellas trataron de irse⁹⁵.

“La fuerza del orden masculino se puede medir por el hecho de que no precisa justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no tiene necesidad de explicarse, por su legitimidad. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica, tendiendo a ratificar la dominación masculina en la cual se funda”⁹⁶.

93 Saffioti, Heleieth No Fio da Navalha: Violência Contra Crianças e Adolescentes no Brasil Atual. In: MADEIRA, FelíciaReicher (org). Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997

94 Scola Ettore, Director: Película Feos, Sucios y Malos (Brutti, sporchi e cattivi) Roma- (1976).

95 Planned Parenthood Global. Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. 2015.

96 Bourdieu, Pierre. La dominación masculina. Anagrama. Barcelona, 2000.

“La violencia simbólica se constituye por medio de la adhesión que los dominados no pueden dejar de conceder al dominador, ya que no disponen para pensarlo o pensarse a sí mismos, o mejor, para pensar en su relación con él, más que con los instrumentos de conocimiento que ambos tienen en común y que no siendo sino la forma construida de la relación de dominación, muestran esta relación como algo natural; o, en otros términos, que los esquemas que el dominado moviliza para percibirse y evaluarse o para percibir y evaluar al dominador son el producto de la incorporación de clasificaciones ya naturalizadas, de las cuales su ser social es producto”⁹⁷.

Esta violencia simbólica es también la causa de que el abuso sexual incestuoso no sea siquiera nombrado en algunas legislaciones; que no se haya estudiado exhaustivamente; que se lo confunda con la figura del incesto y que en la mayoría de los casos resulte impune.

6.2. El marco de protección jurídica

Todos los códigos penales de los países estudiados cuentan con normas que sancionan la violación sexual con penas severas de reclusión o prisión.

De los 14 países estudiados, sólo dos mencionan al incesto: Colombia⁹⁸ y Uruguay⁹⁹. Las penas son leves. El Código Penal uruguayo requiere escándalo público para que la relación incestuosa sea sancionada.

En cuanto al abuso sexual incestuoso, éste **no es nombrado como tal en ningún código penal**.

Sin embargo, la mayoría de los países considera al **parentesco** como un **agravante** en casos de violación sexual (o abuso sexual). Así sucede en Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana. (Ver Anexo II- Normas sobre abuso sexual incestuoso).

En Honduras y Uruguay, el parentesco no constituye agravante. En Brasil, no hay agravante de parentesco para la violación (estupro), aunque sí lo consideran para la trata de personas, el rufianismo y la explotación sexual.

En la categoría de parientes se incluye el parentesco por consanguinidad y por afinidad. En varios códigos se incluye en este agravante a quienes viven en la casa sin ser parientes y a los tutores y guardadores y/o demás personas que tienen a su cargo la crianza y cuidado de niñas y niños.

En un cuadro aparte (Ver Anexo III - Normativa sobre violación de niñas por personas que no son de la familia), se han registrado las normas que protegen a las niñas sobre violencia sexual pro-

97 Bordieu, Pierre, ídem cita anterior, pág.41.

98 En Colombia, el código penal lo describe así: Artículo 237. Incesto. 1. El que realice acceso carnal u otro acto sexual con un ascendiente, descendiente, adoptante o adoptivo, o con un hermano o hermana, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a setenta y dos (72) meses.

99 Código Penal uruguayo: Artículo 276. (incesto): Cometan incesto los que, con escándalo público mantienen relaciones sexuales con los ascendientes legítimos y los padres naturales reconocidos o declarados tales, con los descendientes legítimos y los hijos naturales reconocidos o declarados tales, y con los hermanos legítimos. Este delito será castigado con seis meses de prisión a cinco años de penitenciaría.

veniente de extraños. El límite para esa protección especial -que marca también la edad para tener relaciones sexuales consentidas- va desde los 12 a los 16 años.

En casos de violación sexual, Argentina y Perú establecen un agravante cuando el hecho es cometido contra niña **menor de 13 años**.

Bolivia, Brasil, Colombia, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, agravan la violación para **menores de 14 años**.

El Salvador, México y Uruguay colocan la edad de protección en **15 años**. Por su parte, Puerto Rico extiende la protección hasta los **16 años** y República Dominicana a **todo niño, niña o adolescente**.

Estela – 13 años

Nicaragua

La niña vive en la Comunidad de Pull de la Isla de Ometepe, en el Municipio de Altagracia, ubicado a 150 km al sur este de la capital de Managua, capital de la República de Nicaragua. A inicios del presente siglo, el municipio de Altagracia registraba índices de pobreza media; en general, en el país las condiciones de pobreza rural son extremas (INEC, 2001).

En 2013 Estela, en ese entonces de 12 años de edad, asistía a una escuela primaria. Como le gustaba el deporte, decidió integrarse al equipo de fútbol de su centro de estudios.

El profesor M.O., director de la escuela, también era el entrenador. Tenía 50 años, gozaba de mucho respeto en el colegio y en la comunidad. Aprovechando su experiencia de persona adulta y su poder como director y entrenador, empezó a cortejar a Estela. Le decía que era bonita, que le gustaba mucho y al final le propuso ser su novio. Ella todavía no estaba preparada para una relación sexual, ni su mente ni su cuerpo tenían suficiente madurez, pero M.O. no lo tomó en consideración. Se mostraba cariñoso con ella, para que la muchacha aceptara sus propuestas.

Miedo, incertidumbre y vergüenza fueron los sentimientos que experimentó Estela al darse cuenta de que estaba embarazada, con tan solo 13 años y apenas empezando la secundaria. Sus sueños y proyectos fueron interrumpidos por una maternidad no deseada que limita sus oportunidades de mejorar su vida. A pesar de haber sido abusada, muchas personas de la comunidad la culpaban a ella y no reconocían la responsabilidad del profesor.

No se le brindó ninguna opción porque el aborto en Nicaragua está criminalizado aunque sea un embarazo que pone en riesgo la vida e integridad física y emocional de la niña. El impacto del embarazo en el entorno social de la niña fue negativo. Los comentarios de la gente atribuían responsabilidad a la niña: "ella sedujo al profesor."

El Ministerio de Salud le propuso albergarla, pero la mamá se opuso y la niña continuó el embarazo en su casa, haciendo el control prenatal en el hospital de Rivas. No hubo complicaciones durante el embarazo y tuvo un parto por cesárea el 30 de septiembre 2014, en el mismo hospital.

La niña vive una maternidad impuesta con culpabilidad y tristeza, en parte porque no logró terminar sus estudios de secundaria. En el 2015 comenzó a tomar clases de costura pero las abandonó por problemas económicos. No encuentra alternativas de trabajo lo que motivó que se trasladara a Managua, la capital del país para buscar empleo aunque hasta la fecha no lo consiguió.

Fuentes:

Entrevista Yolidina Hernández de la Red REMO
<http://revistas.um.es/turismo/article/viewFile/25031/24321>

6.3. Violencia oculta, no denunciada y poco documentada.

En el primer estudio exhaustivo y de conjunto llevado a cabo por las Naciones Unidas sobre todas las formas de violencia contra los niños, en el año 2006¹⁰⁰ el experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, Paulo Sérgio Pinheiro, la define como una forma de violencia “Oculta, no denunciada y poco documentada”.

Entre las razones para que se mantenga oculta cita el miedo y aclara que éste es más fuerte en casos de violencia sexual: “muchos niños tienen miedo de denunciar los episodios de violencia que sufren. En numerosos casos los padres, que deberían proteger a sus hijos, permanecen en silencio si la violencia la ejerce su cónyuge u otro miembro de la familia, un miembro de la sociedad más poderoso que ellos como por ejemplo un jefe, un policía o un dirigente de la comunidad. El miedo está estrechamente relacionado al estigma que a menudo va unido a las denuncias de violencia, sobre todo en los lugares en que el “honor” de la familia se sitúa por encima de la seguridad y el bienestar de los niños. En particular, la violación y otras formas de violencia sexual pueden acarrear el ostracismo, más violencia o la muerte.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 150 millones de chicas y 73 millones de chicos menores de 18 años tuvieron relaciones sexuales forzadas o sufrieron otras formas de violencia sexual con contacto físico en el año 2002¹⁰¹. La diferencia entre chicos y chicas no se limita al número de casos, sino que deben considerarse también las consecuencias, especialmente la posibilidad del embarazo para las niñas.

Dentro de ese universo, las niñas están más expuestas que los varones a sufrir violencia sexual, abandono y prostitución forzosa¹⁰².

La violencia puede provocar una mayor susceptibilidad a sufrir problemas sociales, emocionales y cognitivos durante toda la vida y a presentar comportamientos perjudiciales para la salud, como por ejemplo el abuso de sustancias adictivas o la iniciación precoz en la actividad sexual. Entre los problemas de salud mental y los problemas sociales relacionados con la violencia se encuentran la ansiedad y los trastornos depresivos, las alucinaciones, el desempeño deficiente de las tareas profesionales, las alteraciones de la memoria y el comportamiento agresivo. La exposición temprana a la violencia está relacionada con el desarrollo posterior de enfermedades pulmonares, cardíacas y hepáticas, enfermedades de transmisión sexual y aborto espontáneo, así como con el comportamiento violento en el seno de la pareja y los intentos de suicidio en etapas posteriores de la vida¹⁰³.

100 ONU. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. A/61/299. 29 de agosto de 2006.

101 Global Estimates of Health Consequences due to Violence against Children, op. cit. en la nota 8, en base a cálculos de G. Andrews y otros. “Child sexual abuse”, capítulo 23, en M. Ezzati y otros, *Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004), vol. 2, págs. 1851 a 1940, y en base a los datos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales para la población menor de 18 años. Citado por el estudio de Pinheiro, op.cit.

102 Organización Mundial de la Salud. E. G. Kurg y otros (eds.), *Informe mundial sobre violencia y salud*, Ginebra, 2002, pág. 5. citado por Pinheiro, op.cit.

103 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *Adverse Childhood Experiences Study* (Atlanta, National Centers for Injury Prevention and Control, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2006). Disponible en: <http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE>. Citado por Pinheiro, op. Cit.

La socióloga brasileira Mari Cleise Sandalowski¹⁰⁴ analizó las consecuencias del abuso sexual en niñas en una investigación realizada con 52 familias incestuosas. Entre otras evidencias halló:

“El constante fracaso en la escuela, la dificultad en la alfabetización debido a la falta de concentración, la fuga de la casa y el involucramiento en la prostitución son sólo algunos ejemplos. En general, con la “rutinización” de la violencia, la adolescente después de una experiencia en un entorno estrictamente agresor, huye de su casa con el fin de distanciarse de estas experiencias, recurriendo a menudo a la prostitución como el único medio para mantenerse a sí mismas en la vía pública y pueden también, [...] producirse conductas en las que las víctimas de agresiones sexuales tienen fijación con el sexo, o frigidez, episodios de depresión, donde la idea del suicidio entra definitivamente en sus vidas”.

En el Informe de Pinheiro citado al comienzo de este punto, se destaca que “de acuerdo con varios estudios realizados en 21 países (en su mayoría desarrollados) entre el 7% y el 36% de las mujeres y entre el 3% y el 29% de los hombres dijo haber sido víctima de agresiones sexuales durante su infancia, y según la mayoría de estos estudios la tasa de abusos sufridos por las niñas es de 1,5 a 3 veces más que la de los varones. La mayoría de los abusos sucede dentro del círculo familiar. De modo similar, un estudio multipaís realizado por la OMS, en el que se recogieron datos tanto de países de distinto nivel de riqueza, mostró que entre el 1% y el 21% de las mujeres manifestaba haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años, en la mayoría de los casos por parte de varones miembros de la familia que no eran ni su padre ni su padrastro”¹⁰⁵.

Datos obtenidos por Saffioti¹⁰⁶ muestran que más del 60% de los abusos afectan a los niños entre los 7 y 13 años de edad, lo cual es contrario a la creencia generalizada de que los deseos de los adultos recaen en las adolescentes, cuyos cuerpos están sufriendo los cambios producidos por el desarrollo de características sexuales secundarias. La preferencia por los hijos apunta a abuso sexual, en tanto afirmación del poder y no como resultado de deseo sexual irrefrenable.

La violencia sexual puede producirse también en el entorno escolar, ya sea de parte de profesores o de otros alumnos. Las niñas que trabajan en el servicio doméstico a menudo corren riesgos de sufrir violencia sexual por parte de los miembros masculinos de la familia donde trabajan.

Muchas niñas son explotadas en la prostitución, la pornografía infantil y actividades similares. Según datos de UNICEF¹⁰⁷, cerca de 1 millón de niños y niñas son empujados a estos sectores cada año, después de sufrir coacciones, secuestros y engaño. Además de la violencia sexual intrínseca a la prostitución infantil, los niños y niñas empujados a la prostitución y otros ámbitos relacionados con ella, sufren violencia física y psicológica, además de desatención. En muchas ocasiones, la complicidad de las fuerzas de seguridad con proxenetas y traficantes hace que el pedido de ayuda, si es que consiguen hacerlo, no sea eficaz; o sean tratados como delincuentes, privados de libertad y reciban escaso resarcimiento.

104 Sandalowski, Mari Cleise. *Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: o Caso de Santa Maria*, XI Congresso Brasileiro de Sociologia. São Paulo – Unicamp – 2003.

105 ONU - Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. A/61/299. 29 de agosto de 2006.

106 Saffioti, Heleieth No Fio da Navalha: *Violência Contra Crianças e Adolescentes no Brasil Atual*. In: MADEIRA, Felícia Reicher (org). *Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997, p. 135-211.

107 *Aprovecharse del abuso: una investigación sobre la explotación sexual de nuestros niños y niñas* (Nueva York, UNICEF, 2001).

Gisela – 13 años

Puerto Rico

La madre y el padrastro de la menor de 13 años que, por años, fue sometida a abuso sexual, fueron ingresados en prisión luego que una jueza del Tribunal de Carolina determinara que el Ministerio Público había presentado suficiente evidencia para justificar su arresto y la de otros siete hombres implicados en el caso.

Los acusados enfrentan cargos de agresión sexual y maltrato a menores. El Ministerio Público, ofreció detalles del patrón de abuso en que participaron familiares y vecinos de la víctima desde que la niña tenía 9 años de edad en el 2012 y vivían en una residencia de un barrio de Gurabo. Continuó siendo sometida cuando su familia se mudó a la Hacienda La Ceiba de Trujillo Alto que se alquila para actividades privadas. Allí continuaron los abusos, esta vez, perpetrados por empleados de mantenimiento del lugar y otros familiares y allegados, que también figuran como imputados. Producto de las repetidas agresiones sexuales, la joven quedó embarazada y dio a luz a los 11 años, pero se desconoce quién podría ser el padre de la criatura.

Una trabajadora social fue quien denunció la situación. Gisela fue removida de su hogar por el Departamento de la Familia y se inició una investigación en contra de los adultos. Entre otros datos ofrecidos en Corte abierta, se indicó que algunos de los acusados le daban a la niña bebidas alcohólicas y marihuana para facilitar las agresiones sexuales que incluyeron múltiples violaciones.

De la investigación surge que la niña fue instruida para mentir por sus custodios. Comenzó a faltar a la escuela para no levantar sospechas. La trabajadora social se percató que la menor no regresó a la escuela y dio la voz de alerta.

Luego que el Departamento de la Familia interviniera en este caso, el padrastro y la madre de la víctima intentaron suicidarse, ingiriendo veneno para ratas en enero de 2014. La pareja pudo ser estabilizada en el Hospital de la Universidad de Puerto Rico, en Carolina.

Los acusados enfrentan cargos de proxenetismo, rufianismo y comercio de personas agravado, así como de actos lascivos, maltrato de menores y agresión sexual.

Al inicio de la vista, la niña, quien declara mediante un sistema de circuito cerrado, aludió a un patrón de abuso. Indicó que descubrió su embarazo en agosto o septiembre de 2014 mediante una "prueba de farmacia"; que sus custodios intentaron mentirle sobre el resultado de la prueba, negándole inicialmente un resultado positivo. La menor tiene un bebé producto de los abusos sexuales y desconoce quién es el padre de la criatura. "Me comía algo y vomitaba. Fui a la farmacia con mi padrastro y mi mamá. Me compraron la prueba. Oriné y salió positiva, pero ellos me dijeron que era negativa", indicó.

Cuando el Departamento de la Familia conoció sobre el embarazo de la niña, le hicieron una visita a la casa. "Tenía mucho miedo a que me removieran", indicó la niña al referirse a la posibilidad de ser llevada fuera del hogar en el que vivía con su mamá, y también con su padrastro. Éste la tenía amenazada para que no hablara.

FUENTE:

<http://elvocero.com/tag/abuso-sexual/> Causa para arresto contra nueve acusados por abuso sexual contra menor por un esquema de agresión que comenzó en el 2012. 29 de mayo de 2015 - Francisco Rodríguez-Burns
Menor víctima de presunto patrón de abuso sexual habla de su embarazo. Por Francisco Rodríguez-Burns / frodriguez@primerahora.com 09/17/2015 |07:09 p.m.

7.

Denuncias y procesos judiciales por violencia sexual a niñas

Ninguno de los países estudiados cuenta con estadísticas nacionales, desagregadas por sexo y edad, de las denuncias de abuso sexual. Tampoco puede medirse cuántas de esas denuncias son investigadas judicialmente, ni cuántos de esos procesos judiciales terminan en sentencias.

De esa manera, no sólo es imposible medir la magnitud de la violencia sexual contra las niñas, o cuántos de esos casos son de abuso sexual incestuoso, sino tampoco cuán efectiva es la respuesta judicial.

De los pocos y parciales datos obtenidos, sin embargo, se puede concluir que el índice de impunidad es muy alto, ya que supera el 90% de las denuncias.

Sólo en 6 de los países estudiados (El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú) se encuentran algunos datos de violación sexual a niñas menores de 14 años. Aún así, estos son parciales, aislados y no cubren todos los años del estudio.

En Honduras, durante el año 2014 se registraron 345 denuncias, según datos proporcionados por la Oficina de Planificación Estratégica y Gestión de la Calidad del Ministerio Público. Solamente hay disponibles datos del 2014. No existen datos desagregados por sexo ni por edad de los procesos judiciales ni de las sentencias que se supone deben derivar de las mismas. En el mismo año 2014, hubo 74 procesos por violación. En 71 de ellos, las víctimas fueron niños (20) y niñas (51). Hubo sentencia condenatoria en 23. Pero estos datos son sólo de los delitos cometidos por menores de edad contra menores. No hay estadísticas totales que incluyan los delitos cometidos contra las niñas por adultos.

Los datos de México¹⁰⁸ muestran que en el año 2013 hubo 17.197 denuncias. Lamentablemente, no hay datos sobre los procesos que pudieron haberse iniciado luego de las mismas, ni se conoce si terminaron en sentencias.

En el año 2013, en Nicaragua, la Policía Nacional registró un total de 833 denuncias por violaciones a menores de 14 años, teniendo 510 niñas víctimas un nivel educativo de primaria y 62 analfabetas. Sin embargo, otras fuentes manifiestan que en promedio 1.500 niñas entre 9 y 14 años de edad son sometidas anualmente a abuso sexual y embarazadas, manteniéndose de forma invariable en los últimos 8 años¹⁰⁹. No hay datos de cómo se sancionó a los perpetradores en estos casos.

108 Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33637>.

109 Reunión interagencial sobre Evidencias Actuales, Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas de Prevención de Embarazo Adolescente en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Iniciativa Mesoamericana de la Salud 2015.

Paraguay¹¹⁰ reporta 276 denuncias en 2012; 857 en 2013 y 688 en 2014, pero estos datos no se encuentran diferenciados según sexo, son niñas y niños menores de 14 años. Tampoco se conoce el número de procesos con sentencia. Según la Dirección de Estadísticas Judiciales dependiente de la Corte Suprema de Justicia, en el año 2012 se registraron 140 casos por coacción sexual en mujeres y 34 en varones. No se disponen datos desagregados por edad.

En Perú¹¹¹ hubo 1.450 denuncias (29,32%) en 2010 y 1.819 (31,36%) en 2012. No hay datos sobre cómo terminaron esas denuncias. No se mencionan ni en la estadística de la Policía Nacional ni en el Banco de Datos del Centro de Emergencia Mujer si estos casos de violencia sexual conllevaron o no un embarazo ni cómo se asumieron.

En los demás países los datos no están desagregados por edad. En ocasiones, tampoco están diferenciados por sexo.

Argentina no cuenta con datos oficiales a nivel nacional sobre denuncias de abuso sexual contra niñas, ni sobre procesos iniciados o el número de sentencias emitidas. Cada provincia elabora sus datos e incluso sucede que dentro de una misma provincia hay varias bases de datos que trabajan con distintos indicadores.

En Brasil, según la Secretaría de Derechos Humanos, se registran tres denuncias de abuso sexual de niñas y adolescentes por hora. La violencia sexual es la cuarta violación más recurrente contra niñas/os y adolescentes denunciada al Disque Direitos Humanos. El Disque 100 es un servicio mantenido por la Secretaria de Derechos Humanos de la Presidencia de la República (SDH/PR) para registro y seguimiento de denuncias. En los tres primeros meses del año 2015, fueron denunciados 4.480 casos de violencia sexual, lo que representa 21% de las más de 20 mil demandas relacionadas a violaciones de derechos de la población infanto juvenil. Sobre los procesos judiciales, la presidenta de la Asociación Brasileña de Jueces, Fiscales y Defensores Públicos Niños y Jóvenes (ABMP), fiscal Helen Crystine Correa Sánchez advierte que el sistema de justicia ha avanzado en muchos aspectos, pero aún prevalece la impunidad en la persecución de los delincuentes sexuales de los niños, niñas y adolescentes, y la atención a las víctimas sigue siendo precaria en muchos lugares. (...) Pocos casos dan lugar a la condena efectiva¹¹².

En El Salvador el Instituto de Medicina Legal manifiesta que en el caso de las mujeres, la mayor prevalencia se observa en edades de los 10 a los 14 años con una tasa de 34.66%. La información lograda de la Fiscalía General de la República, para 2014, refleja que fueron judicializados 2.839 casos por delitos contra la libertad sexual de mujeres, que representan el 54.14% del total. Fueron condenados: 424 (8.09%); absueltos: 224 (4.27%).

En Puerto Rico las estadísticas policiales no cuentan con datos desagregados por edad en cada delito, sino que los agrupa en las áreas de incesto, violación, sodomía, actos lascivos y violación técnica cuando es una menor de 16 años. Según estadísticas de la Policía, de Enero a Junio de 2015, hubo 568 delitos de violencia sexual a niñas menores de 15 años. A pesar de tener un Instituto de Estadísticas, los datos no están estandarizados ni se consiguen por todos los años solicitados. Ade-

110 Fuente: Oficina de Denuncias del Ministerio Público.

111 Anuarios Estadísticos Policía Nacional del Perú, 2010 y 2012, citados en: "Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe." Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), PROMSEX. Perú, Enero 2011. p. 9.

112 Disponible en: <http://www.childhood.org.br/maioria-dos-casos-de-violencia-sexual-infantojuvenil-nao-resulta-em-condenacao>, visitada 5/1/16.

más, hay diversas bases de datos con criterios distintos. Así los datos del Departamento de la familia, Oficina de la Procuraduría de la Mujer, el Departamento de Justicia, el Departamento de Salud, y la Policía se recogen de forma diferente.

Uruguay, a pesar de contar con una Guía de Actuación Policial, no tiene cifras desagregadas. La Fiscalía presenta sus propios datos estadísticos, sobre el número de dictámenes y audiencias. Lo mismo sucede en el Poder Judicial. Las cifras para el primer semestre de 2015 mostraban que hubo 109 violaciones consumadas y 26 tentativas de violación sin especificar edades. En el Anuario de Estadísticas de 2014 constan los porcentajes de personas privadas de libertad con y sin condena, sin establecer delito. Asimismo, se consignan porcentajes de asuntos iniciados en las distintas materias: Penal, 1667 (19.6%); Familia, 26.336. (30%); Especializados en Violencia Doméstica y medidas de protección para niños/as con derechos vulnerados o en riesgo de vulneración 14.6%.

Cabe preguntarnos dónde queda la proclamada protección de los derechos de la infancia frente a este panorama. ¿Cómo se garantiza el interés superior de las niñas si no se conocen siquiera el número de denuncias por abusos sexuales y si las autoridades desconocen si los hechos denunciados fueron investigados, sancionados, reparados o quedaron impunes?.

Las denuncias son una muestra mínima de todos los casos de violencia sexual que tienen lugar, ya que la mayoría no se denuncia por las causas que se analizaron anteriormente, por lo que hay que abrir un margen importante para casos no registrados.

Juana – 11 años

México

Juana quedó embarazada cuando aún tenía 10 años. Al cumplir los 11 llevaba 18 semanas de embarazo. Vive en la comunidad de Rovirosa, Estado de Quintana Roo.

La niña le dijo a su mamá que le dolía el estómago, fueron al doctor y allí les informaron que tenía un embarazo de aproximadamente 14 semanas. La madre denunció los hechos ante la Procuraduría General de Justicia de Quintana Roo el 23 de marzo de 2010. Desde entonces, la niña se encuentra bajo la custodia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal.

La ley del estado permite abortar al producto de una violación, hasta los tres meses de gestación (90 días). En el primer examen médico de la niña, el embarazo tenía ya 3 meses y medio (105 días).

Su mamá la visitó cada semana, acompañada de una psicóloga, y aún cuando los médicos consideraron que se trataba de un embarazo de alto riesgo, las leyes estatales le impidieron practicarse un aborto.

Al principio la niña declaró que un hombre la llevó hacia el monte y abusó de ella, pero cuando se profundizó la investigación, admitió que fue violada por su padrastro.

Cuatro días después de que la madre hizo la denuncia, el agresor identificado como Isaac Santiago Martínez, El Brujo, fue detenido y encarcelado en Chetumal, la capital de Quintana Roo bajo los cargos de resistencia a la autoridad e intento de fuga por presunta violación.

Ni la niña ni la madre fueron informadas de que tenían derecho a interrumpir el embarazo por tratarse de un caso de violación. Su embarazo fue de alto riesgo, ya que tiene signos de desnutrición, además del peligro que conlleva gestar a esa edad.

De acuerdo con la ley del Estado, también se permite el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, sin embargo, desde el Programa de Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo (PAMAR) se confirmó que la Secretaría de Salud consideraba que "la menor se encontraba en excelente estado de salud."

El titular de la Secretaría de Salud del Estado, Juan Carlos Azueta Cárdenas, confirmó en su comparecencia ante diputados locales, que en 2009, 881 adolescentes resultaron embarazadas después de una violación.

El funcionario explicó que 16% de los embarazos de menores de edad son por una violación. Sin embargo, ante la Procuraduría General de Justicia del Estado, la Fiscalía Especial de Delitos Sexuales, sólo se denunciaron 150 casos.

Fuente:

<http://mexico.cnn.com/nacional/2010/04/19/ong-exigen-la-intervencion-del-ombudsman-en-el-caso-de-la-nina-violada>

8.

Protocolos de atención a niñas embarazadas como resultado de la violencia

En ninguno de los países estudiados se encontró un protocolo, guía o política pública diseñada para abordar de manera específica e integral el problema de la violencia sexual contra las niñas *que incluya procedimientos integrales y multidisciplinarios a seguir en casos que de dicha violencia haya resultado un embarazo infantil.*

En el Anexo IV se encuentra un listado de los diferentes protocolos. En algunos de ellos, de manera tangencial, se menciona el problema de los embarazos infantiles, sin que eso constituya un abordaje multidisciplinario, integral, que contemple la actuación de diferentes áreas del Estado, como la de Justicia, Salud, Educación y Desarrollo Social, por mencionar algunas de las más importantes. En la Guía para la Interrupción Legal del Embarazo de Argentina, por ejemplo, se analiza el tema de la capacidad jurídica de las niñas para tomar decisiones y la necesidad de escuchar su opinión, pero las instrucciones se limitan al evento de la interrupción del embarazo.

Se ha encontrado referencias para la actuación en estos casos por parte del estado en protocolos para tratamientos de mujeres víctimas de violencia sexual por parte del poder judicial o de los ministerios de salud; en protocolos de actuación para casos judiciales de niñez y adolescencia; en protocolos de interrupción legal del embarazo; o para atender niñas/os y adolescentes víctimas de violencia escolar, trata o explotación sexual.

Pero estas normas son aisladas y muchas de ellas no prevén un tratamiento integral. A eso se debe agregar el problema de la desarticulación institucional que existe en muchos países y que dificulta un abordaje holístico de la cuestión.

Es necesario hacer notar que precisamente aquellos países que cuentan con normas muy restrictivas en relación a la interrupción de los embarazos infantiles, no cuentan con programas de apoyo para las niñas una vez que se convierten en madres. En la mayoría de los casos quedan libradas a su suerte o con ayudas escasas que no permiten suplir todas sus necesidades.

Los casos de violación de niñas y embarazos y maternidades infantiles en general se consideran *emergencias*. Frente a ellas, frecuentemente, el personal de salud no cuenta con directivas claras para actuar. Lo mismo pasa en el sector justicia.

Todos los países estudiados, con excepción de Honduras, cuentan con algún tipo de Protocolo sobre violencia contra las mujeres. Algunos son dirigidos al personal de justicia. Otros son para el personal de salud y otros para educación.

En la mayoría de los países, los protocolos sobre violencia son dirigidos al tratamiento de todas las mujeres víctimas, sin diferencia de edad. En México y República Dominicana cuentan con pro-

tolos específicos para violencia contra niñas/os y adolescentes. En Uruguay han diseñado dos Mapas de Rutas para detectar abuso sexual y maltrato a niños y niñas en el área de educación, uno es para la violencia que se produce en las escuelas y el otro para enseñanza media incluyendo liceo y bachillerato. El Ministerio de Salud tiene pautas de actuación para el abordaje de situaciones de violencia sexual en Servicios de Urgencias y Emergencias: una para infancia y adolescencia y otra para adultas, con prevención de embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Urge contar con protocolos específicos que aborden la violencia hacia la infancia y que incluyan procedimientos para tratar el abuso sexual, incluyendo el abuso sexual incestuoso. Esos protocolos deberán contemplar desde la interdisciplina, todas las áreas de intervención (justicia, salud, educación, desarrollo social) y contar también con una ruta a seguir para el caso que las niñas resulten embarazadas, de manera de evitar que además de la invasión sexual, continúe la violación a sus derechos humanos con la imposición de embarazos y/o maternidades forzadas.

Yayá – 14 años

El Salvador

Vive en la localidad de Cantón Plastanillo, Comunidad El Milagro, Quezaltepeque, Departamento de La Libertad de El Salvador, junto a su madre, dos hermanos y una hermana, todos menores que ella. El padre, alcohólico, está separado de la madre y sólo de vez en cuando hace llegar alguna ayuda al hogar por lo que la familia se mantiene de los ingresos escasos de la madre que lava y plancha.

Su casa es de sistema mixto de 3 habitaciones, techo de lámina de asbesto, piso de cemento, tienen agua intradomiciliar y letrina abonera. Estas han sido construidas con un proyecto gubernamental y de la Alcaldía con mano de obra comunitaria.

En el cantón la calle de acceso es de tierra y muy accidentada pero hay microbuses que llegan y circulan hasta la ciudad de Quezaltepeque de la cual dista más o menos media hora.

La mayoría de las mujeres del cantón son amas de casa, otras lavan y planchan. Los hombres labran la tierra para el consumo, siembran frijol y maíz arrendando la tierra, otros son jornaleros y trabajan en las fincas cercanas. El mercado y los comercios que visitan son los de la ciudad.

Yayá cursó hasta 6º Grado en el Centro Escolar Estebana Sanabria de Larios situado en el cantón Plastanillo, lugar en donde vive. Asistía a la escuela por las mañanas y por las tardes ayudaba en su casa. En la escuela ya habían recibido orientación sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo métodos anticonceptivos.

Simpatizó con un joven de 14 años, que no vive con sus padres. Se enamoraron y después de 2 o 3 meses de noviazgo tuvieron relaciones sexuales. No lo hablaron, solo “sucedió” pero fue con su consentimiento. Él nunca le habló de usar condón, le pedía que usara pastillas pero ella no supo cómo comprarlas porque a las niñas no se las venden.

Quedó embarazada, sufrió las molestias naturales de náusea y vómitos por lo que la madre la llevó a un laboratorio particular a practicarse la prueba de embarazo que salió positiva. Lloró mucho pero el novio le dijo que tenían que hacerle frente y la madre opinó que ya estaba hecho y determinó que tenía que afrontarlo. La amenazó con castigo físico si trataba de abortarlo, le ofreció su ayuda y le dijo que se quedara en casa. La llevó a hablar con su profesor para ver como quedaba su situación escolar. Éste les aconsejó que fuera a la escuela para terminar el grado, sin uniforme, para que no se sintiera mal o que lo usara si quería. También le dijo que después de tener al bebé podía regresar a estudiar y la aconsejó para no embarazarse de nuevo.

Sin embargo Yayá abandonó la escuela, “porque ya se le notaba” y compañeras que ella había considerado sus amigas “la criticaban y la veían mal”. Ella cree que eran sus madres las que las inducían. Solo tuvo dos compañeras que no eran sus amigas de más o menos su edad que la apoyaron en todo momento.

Siguió viviendo en su casa con sus hermanos. Su hermano varón, de 11 años entonces, casi no le dirigía la palabra pero no le preguntó nada, los demás están muy pequeños. El padre le aconsejó que debía tener su bebé y seguir estudiando al igual que la abuela materna.

Con el tiempo ha vuelto a tener relaciones con el novio. Tuvo un embarazo y parto normal, del que nació una niña.

Fuente:

Entrevista del 17 de diciembre de 2015. Yolanda Guirola.

9.

Organismos que atienden o albergan a niñas embarazadas

Las niñas embarazadas no cuentan con espacios específicos para su atención o albergue en caso que no puedan permanecer con su familia de origen. Son atendidas o recibidas, en general, por las instituciones dedicadas a adolescentes embarazadas o por aquellas que trabajan con infancia en situación vulnerable, por pobreza, por vivir en la calle o alguna otra situación de riesgo.

9.1. Organismos gubernamentales

Entre los países en estudio, Argentina, Brasil, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Uruguay tienen centros estatales donde reciben o atienden a madres adolescentes y niñas, aunque no están en todo el país, son escasos y no cubren todas las necesidades. También, al igual que los demás, tienen convenios con entidades privadas, en su mayoría dependientes de la iglesia católica, para administrar otros hogares.

En Argentina y Panamá los entes estatales encargados de supervisar estas situaciones son la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

En Bolivia no se registran organismos públicos, sino privados, en su mayoría dependientes de donaciones de agencias extranjeras.

Brasil cuenta con los Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). En los casos de violencia sexual, los servicios de atención a víctimas previstos en la ley federal, proveen atención integral. Sin embargo, enfrentan barreras institucionales, falta de información a la población y escasa articulación con las políticas de salud mental.

El Programa PROFAMILIA JOVEN de Colombia, brinda atención exclusiva a adolescentes y jóvenes entre 13 y 21 años, a través de servicios asistenciales en salud sexual y salud reproductiva y educación en sexualidad. No se encontraron datos de espacios para niñas menores de 13 años.

El Salvador cuenta con un Sistema Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia, regulado en la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. (Art. 103 y siguientes). Su objetivo es garantizar el pleno goce de los derechos de las niñas, niños y adolescentes de El Salvador. Las instituciones que lo integran son el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia; el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia; y la Procuraduría General de la República. No se reportan instituciones especializadas en la problemática que se trata en el informe.

En Honduras se involucran en estos casos: 1) La Fiscalía de la Niñez y la Adolescencia, que es el órgano del Ministerio Público; 2) DINAf, Dirección Nacional de la Niñez y la Familia, que maneja la parte normativa, reguladora y fiscalizadora de la protección a la niñez, adolescencia y la familia y realiza una gestión pública descentralizada con la participación de iglesias y 3) ONG's que se dedican a la atención de los/as niños/as. Esta nueva forma de Gestión se adoptó en junio de 2014. Antes de esta fecha el Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia manejaba albergues para niños/as en riesgo social, entre los que se incluía a niñas embarazadas.

En Perú, el INABIF (Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar) dependiente del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), sostiene Casas Hogares. Estas, actualmente, son atendidas, vía convenios, por entidades privadas. También deriva a centros especializados de origen católico.

México cuenta con un Programa Nacional de Asistencia Social 2014-2018 (PONAS)¹¹³. En Jalisco existe un Centro Modelo de atención para niñas y adolescentes embarazadas¹¹⁴ en convenio con la Iglesia católica, que de acuerdo con declaraciones de funcionarias federales, será un centro modelo que se piensa replicar en otras entidades federativas.

Nicaragua cuenta con las Casas Maternas del Ministerio de Salud de Nicaragua, donde el Ministerio de Salud garantiza la revisión diaria de las mujeres por enfermeras y médicos, quienes identifican problemas de parto. Pueden recibir visitas, con restricciones para las organizaciones de mujeres.

Uruguay cuenta con los Centros de Atención integral (CAIF), dependientes del Instituto del niño y adolescente (INAU) que integra el MIDES (Ministerio de Desarrollo Social). Estos centros reciben, en modalidad de tiempo completo, a niños y niñas de 0 a 3 años y adolescentes en situaciones de vulneración crítica de derechos y/o provenientes de contextos socio-familiares que ameritan una intervención de este tipo. En general, las niñas embarazadas que requieren de un albergue, son alojadas junto a las adolescentes.

9.2. Organismos privados

Todos los países en estudio ratificaron la Convención de los Derechos del Niño y la Niña. Asimismo, es frecuente escuchar a las autoridades comprometerse con la “protección a la niñez” y con la garantía de los principios que este tratado promueve. Los principios rectores de la Convención incluyen la no discriminación; la adhesión al interés superior del/a niño/a; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo y el derecho a la participación.

Esos principios no aparecen reflejados a la hora de atender situaciones complejas que atraviesan las niñas. En los casos de alta fragilidad y riesgo, en muchas ocasiones, internan a la niña en hogares y albergues que, en la mayoría de los casos, están administrados por instituciones privadas.

En todos los países se encontraron entidades privadas especializadas en atención de jóvenes embarazadas. (Ver Anexo V). Sin embargo, ningún país cuenta con un registro oficial, transparente, al

113 Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343103&fecha=30/04/2014.

114 Disponible en: <http://www.jalisco.gob.mx/prensa/noticias/10777>.

que se pueda acceder por parte de la ciudadanía, donde se pueda verificar el número y características de estos organismos; qué presupuesto reciben del Estado o cuántos niños y niñas atienden.

La mayoría de estas instituciones atienden o albergan a *adolescentes* embarazadas y las *niñas* son alojadas o atendidas con la misma metodología. Salvo excepciones, estas instituciones tienen conexiones con la Iglesia Católica y reciben subsidios del Estado.

Las excepciones la constituyen aquellas organizaciones internacionales que se sostienen con fondos de agencias donantes. Entre éstas, se encuentran algunas, como Save the Children, que trabajan con un enfoque de derechos humanos.

En el caso de instituciones de la Iglesia Católica, en general, no respetan el pluralismo ni la igualdad religiosa, ni tienen una filosofía solidaria y de garantía de derechos, a pesar que su mantenimiento proviene de los fondos públicos y que la mayoría de los Estados se proclaman laicos. Sus prácticas están guiadas por criterios de caridad, de ayuda a las niñas y jóvenes “desorientadas” y tienen una impronta religiosa muy fuerte. En su mayoría, no respetan la autonomía reproductiva de las niñas ni consultan su opinión sobre si desean continuar o no con el embarazo. Algunas de ellas tienen cursos donde les enseñan a “ser madres”.

La “protección” que se les brinda va acompañada de una mirada juzgadora y prejuiciosa, tanto de la conducta de la niña como del entorno de donde proviene, así como de intentos evangelizadores de “ordenar su vida” y guiarla por el buen camino.

Un ejemplo de este tipo de organizaciones lo constituye la Red Solidaria¹¹⁵, que en Latinoamérica ofrece ayuda a jóvenes embarazadas. Cuenta con Centros de Ayuda para la Mujer (CAM) en 16 países de la región, incluyendo, entre otros: Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana. Dependen de la Iglesia Católica; proclaman estar en defensa de la vida y en algunos de esos países son atendidos por distintas órdenes religiosas como las Adoratrices y las Oblatas, o por Cáritas. En los centros de España que tiene esta misma red, los nombres de las instituciones asociadas son “Pro-vida”, o “Pro-vida Humana.” Que dependan de la Iglesia Católica no significa que la sostengan económicamente, ya que en general, reciben subsidios de los Estados.

9.3 Mecanismos de monitoreo estatales de las instituciones que trabajan con niñas embarazadas

Como parte de los compromisos internacionales asumidos al firmar la Convención de los Derechos del Niño, la Convención CEDAW y la Convención de Belém do Pará, el Estado está obligado a monitorear y vigilar si se cumplen los estándares de derechos humanos por parte de todas las instituciones, especialmente aquellas que trabajan con niñas o niños en riesgo o viviendo graves problemas.

115 Disponible en: <http://redsolidarios.blogspot.com.ar/2009/09/latinoamerica-ayuda-para-adolescentes.html>.

Pero esta tarea permanece incumplida en la mayor parte de los países. Entre otros problemas se detectaron los siguientes:

- No hay *registros oficiales* completos, públicos y transparentes de los centros, organizaciones u hogares para niñas; especialmente de los que reciben a niñas embarazadas, donde conste qué número de niñas reciben, cómo trabajan, cuáles son los estándares que manejan y si respetan los principios rectores de derechos humanos para la infancia.
- No hay *planes ni políticas de monitoreo y vigilancia* para los organismos privados que trabajan con estas niñas. Si bien hay instituciones estatales encargadas de supervisar las cuestiones de niñez y adolescencia, no hay evidencia de políticas públicas de monitoreo de organizaciones privadas que trabajen en esta área.
- Tampoco hay una supervisión eficaz para evitar que se utilice el *estereotipo de “mujer instrumental”*¹¹⁶. En todos aquellos países donde se dificulta el acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación, incluso a las niñas, se está privilegiando la procreación en lugar de la autonomía reproductiva de las mujeres. En estos casos se observa la utilización de este estereotipo. También aparece en el discurso de la mayoría de las organizaciones vinculadas a la iglesia que reciben a niñas y adolescentes embarazadas.
- No se cumple con la tarea de vigilar si existe *conexión entre los hogares* o albergues donde se aloja o atiende a las niñas embarazadas y grupos u organizaciones de **adopción**, nacional o internacional.

Es frecuente que aquellas personas que sostienen el estereotipo de mujer instrumental promuevan la adopción de los recién nacidos por parte de familias “bien constituidas”, que les puedan dar bienestar, educación de calidad y mejores perspectivas de vida.

Las obligaciones derivadas de los tratados de derechos humanos incluyen además de respetar y promover los derechos, la de proteger a las/los habitantes de cualquier vulneración de derechos que provenga de personas o instituciones no estatales. De acuerdo a ese mandato, los países deben erradicar estereotipos discriminatorios como el de mujer instrumental - reproductora-, que se torna más grave cuando se aplica a las niñas. Asimismo, deben vigilar si hay alguna conexión entre los grupos, o instituciones que albergan a niñas embarazadas y las agencias o entidades que promueven la adopción.

En Honduras, país que tiene prohibido el aborto en todos los casos, las agencias de adopción tienen conexión con los organismos estatales encargados de la infancia. La DINAF, (Dirección Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia) tiene conexión directa con EAC (International Orphan and Adoption Assistance) que así lo anuncia en su página específica para la adopción en Honduras, donde la promueve como muy fácil de obtener, ya que el “programa de adopciones es muy flexible”¹¹⁷.

116 Siempre que desde la familia, la sociedad o el Estado se presiona a mujeres o a las niñas para llevar a término el embarazo y que sean madres -aunque no tengan ninguna posibilidad de afrontar la crianza y mantenimiento de la criatura- aparece este estereotipo de mujer instrumental, que considera a las mujeres valiosas en cuanto procreadoras, o meras incubadoras.

117 Disponible en: <http://www.eaci.com/adoption/pre-adoptive-parents-overview/our-programs/honduras-adoption/> “EAC is working in cooperation with DINAF – Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia to complete adoptions in Honduras. Honduras is a very flexible program. The majority of files in country have already been approved and are on the wait list waiting to be matched to a referral.” Página visitada el 27 de enero de 2016.

Esta organización, asimismo, propagandiza la disponibilidad de niños como si se tratara de un supermercado. Así, después de advertir que estos niños tienen piel y cabello oscuros, dice:

- “Niños/as de 2-10 años están disponibles.
- Grupos de hermanos/as están disponibles; grupos mayores de hermanos/as están **inmediatamente** disponibles”¹¹⁸.

9.4. Órganos de supervisión

En la mayoría de los países se han creado instituciones estatales, con rango de Secretarías o Direcciones para abordar el desafío de proteger y promover los derechos de la población infantil y adolescente. Sin embargo, en general, no se conocen planes de Monitoreo y Evaluación de organismos que atiendan o alojen a niñas embarazadas o madres niñas.

En Argentina, la Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia sería la autoridad encargada de esa supervisión. En cada Provincia hay Secretarías o Direcciones de maternidad y de Niñas, Niños y Adolescentes.

Bolivia cuenta con el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia; Comisiones de la Niñez y Adolescencia de las Gobernaciones; Defensorías de la Niñez y Adolescencia. La protección está a cargo de - Comisión Municipal de la Niñez y Adolescencia; Defensorías de la Niñez y Adolescencia; Juzgados de la Niñez y Adolescencia y el Ministerio Público a través de los Fiscales de la Niñez y Adolescencia.

En Brasil, en el año 2000, el Consejo Nacional dos Direitos da Crianca e do Adolescente (Conanda) creó el Plano Nacional de Enfrentamento da Violencia Sexual Infantojuvenil, con seis ejes e indicadores.

Colombia cuenta con el Comité Interinstitucional para la Defensa, Protección y Promoción de los Derechos Humanos de la Niñez y Juventud.

En El Salvador existen las Juntas de Protección, que son autónomas y cuya función es la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, en el ámbito local. Según el mandato legal, debería instalarse por lo menos una Junta en cada Departamento del país.

Honduras cuenta con la DINAF, que está adscrita a la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) y que tiene a su cargo la creación de programas locales de atención integral a la niñez. Este organismo tiene entre sus mandatos realizar la asesoría técnica, supervisión y control. También existe un Comité Técnico de Protección Social, que supuestamente debe evaluar la labor de la DINAF.

México cuenta con un Sistema Nacional de Protección Integral de niñas, niños y adolescentes¹¹⁹. El reglamento que regula el sistema, fue duramente atacado por organizaciones vinculadas a VIFAC

118 “Children 2-10 years are available. Sibling groups are available, older sibling groups of 2 or 3 children are immediately available”. Página web citada en nota anterior. Las negritas son nuestras.

119 <http://www.leyderechosinfancia.mx/ley-general/el-sistema-de-proteccion-especial/>
<http://www.gob.mx/shcp/galerias/sistema-nacional-de-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes-2-diciembre-2015>.

y Red Familia (“Pro-vida”) ya que este restringe las posibilidades de tramitar adopciones a las organizaciones encargadas de brindar asistencia social a adolescentes embarazadas.

En Nicaragua la tarea está a cargo del Ministerio de la Familia, la Procuraduría de los derechos humanos y la Procuraduría especial de la niñez y las adolescentes que es la que debe implementar el seguimiento.

En Panamá, el organismo a cargo es la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNIAF) y el Ministerio de Desarrollo Social, pero el seguimiento es coyuntural, no hay sistema de monitoreo y evaluación, salvo que el hogar de acogida reciba subsidio del Ministerio o en casos de denuncias.

Paraguay tiene un Sistema Nacional de Protección y Promoción Integral a la Niñez y Adolescencia, del que forman parte:- Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia;- Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia;- Consejos Departamentales de la Niñez y Adolescencia y los - Consejos Municipales de la Niñez y Adolescencia.

Perú cuenta con un Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PCNVFS) del MIMP¹²⁰ que incluye un Plan Anual de Monitoreo y Evaluación de las Intervenciones del PNCVFS (PAME). Este plan tiene como marco una Directiva específica de Normas y Lineamientos especiales para las acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de las intervenciones del PNCVFS. Por otro lado, la Defensoría del Pueblo, sostiene Grupos de Atención especial, como los Niños, niñas y adolescentes.

Mainumby – 11 años

Paraguay

Tenía 10 años en el momento del embarazo y cumplió 11 poco antes del parto, que tuvo lugar por cesárea el 13 de agosto de 2015. Vive en Luque, en el seno de una familia humilde, en un barrio alejado del asfaltado principal, al que se accede por un camino que se torna impracticable en tiempos de lluvia.

Iba a sexto grado en la Escuela Pública “Luís Gonzaga”. Lo terminó “a distancia” de manera irregular, recibiendo clases en su domicilio una vez por semana un par de horas.

Mainumby fue víctima de violencia sexual por parte del padrastro (quien actualmente se encuentra procesado). La madre de la niña (Sra. CEF), la había llevado a una psicóloga porque la notaba mal, sin que la niña pudiera manifestar que era lo que le pasaba.

Cuando comenzó con dolores de estómago, madre e hija recorrieron cuatro centros de salud. En los tres primeros, le diagnosticaron parasitosis y le dieron remedios para desparasitar a la niña. Recién en el cuarto lugar, -una clínica privada a la que acudió luego de pedir plata prestada en su trabajo-, le advierten que la niña estaba con 4 meses de embarazo.

La madre solicitó la interrupción del embarazo, el cual fue denegado por parte del Estado, a pesar de que el médico que dio el diagnóstico de “un embarazo de alto riesgo por su corta edad y desarrollo incompleto del útero”, mencionó la interrupción como una posibilidad. Ante la negativa de las autoridades del Hospital, recurrió por carta al Ministerio de Salud, exigiendo que se realice el aborto especialmente por el riesgo de vida que presentaba Mainumby, que medía 1,39 cm de altura, presentaba desnutrición y anemia y pesaba 34 kilos. No obtuvo resultados.

La niña fue internada en un hogar de la Cruz Roja Paraguaya bajo la figura de “abrigo”, donde fue obligada a llevar a término su embarazo. La primera acción del Estado fue la de separarla

120 Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/portalmimp2014/index.php?option=com_content&view=article&id=6842&Itemid=431.

de su madre para internarla sin derecho a recibir visitas, salvo la de una tía, sólo una vez a la semana durante dos horas. A pesar de los reclamos cotidianos de ver a su mamá, no se la escuchó ni se le aclaró que estaba detenida por orden de la fiscalía, que la imputó por el delito de Incumplimiento de deber de cuidado y complicidad con el abuso sexual.

Posteriormente, la niña relató que fue víctima de violencia por parte del personal, siendo obligada entre otras cosas a realizar "limpieza" del lugar, a pesar del constante dolor que sufría. Además, estaba muy triste por el encierro y aislamiento de sus familiares y de sus pares. Sintió angustia, preocupación y desconcierto ante la falta de información veraz sobre la situación real de su madre, ya que le ocultaron que estaba privada de libertad. Le decían que no podía ir a verla porque estaba trabajando.

Durante el último trimestre prescribieron reposo hospitalario por ser un embarazo de alto riesgo.

Mainumby tiene ganas de seguir estudiando. Sigue traumatizada por haber dado a luz, y no se siente cómoda con la lactancia del bebé. Ella se encuentra incapaz de hacer frente a la necesidad de ser madre a los 11 años de edad. Recientemente fue con su familia a un hospital para preguntar por el acceso a los registros de vacunación, y tuvo un ataque de pánico. Tiene mucho miedo de volver a un hospital. A menudo tiene episodios de irritabilidad y desesperación cuando debe enfrentarse a la tarea de dar de mamar o cuidar la bebé. Durante su institucionalización en el Hospital de la Cruz Roja, le negaron acceso a leche maternizada, le enseñaron y animaron a dar el pecho, lo que contribuyó a su trauma. Amamantar a la bebé es muy traumático para ella.

Fuente:

<http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2015/MC178-15-ES.pdf>
Registros de CLADEM, Amnistía y Equality Now.

10.

Políticas estatales sobre embarazos, maternidades infantiles y educación sexual

En este tema se indagó sobre las políticas del Estado teniendo en cuenta tres ejes:

- el embarazo infantil: Se buscó información sobre: a) Si se habilita el acceso al aborto cuando se lo solicita; b) Si se aloja a la niña en un hogar o institución especializada; c) Si se facilita o impide el contacto con familiares, amigas/os, organizaciones de mujeres; d) Si se prohíbe asistir a la escuela estando embarazada.
- la maternidad infantil: los puntos a analizar fueron: a) ¿Cómo se garantiza la continuidad de los estudios de la niña-madre? y b) ¿Qué tipo de programas sociales brindan apoyo a esas niñas?
- la existencia de programas de educación sexual integral: se trató de averiguar: a) Si existe tal programa en el país y b) Si se ha implementado de manera efectiva.

10.1. Políticas sociales

Los resultados del estudio muestran que, en general, no hay programas específicos para niñas menores de 14 años embarazadas o madres. Sin embargo, la mayoría de los países cuenta con algún programa para adolescentes embarazadas, implementado a través de las áreas de salud, educación o desarrollo. En algunos, además, hay transferencias monetarias condicionadas.

En la mayoría de los países se garantiza por ley la continuidad educativa, aunque se observa la persistencia de prejuicios discriminatorios contra las niñas embarazadas o madres. En la práctica, cerca de la mitad abandona los estudios. Una suerte de estigma lleva a algunos/as funcionarios/as del sistema formal a aislarlas de alguna manera, ya sea trasladándolas a horarios nocturnos u organizando módulos a domicilio “para que no contagien a las demás”.

Tanto en hogares urbanos como rurales, frente a la problemática del embarazo y parto, se presentan serios obstáculos para la continuidad escolar, debido a dificultades tanto de las niñas como de sus hogares. Esta situación exige, de parte de las escuelas, seguimiento y apoyo correspondientes a estudiantes con estas características. Se requiere que las escuelas desarrollen aspectos preventivos del embarazo en niñas y adolescentes, a través de programas de educación sexual y además brinden apoyo y soporte activo a las niñas y adolescentes que se embarazan.

En Argentina no existen programas exclusivos para mujeres menores de 15 años embarazadas o niñas-madres pero en general pueden acceder a las prestaciones que brindan los siguientes 8 pro-

gramas: Plan Nacer; Programa Remediar; Programa Médicos Comunitarios; Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNNSA); Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable; Programa de Salud Sexual adolescente; Asignación Universal por Embarazo para Protección Social; Programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. En estos casos, asimismo, se habilita el aborto, aplicándose la Guía para la Interrupción Legal del Embarazo (2015). Está prohibido excluir u obstaculizar la asistencia a la escuela de las niñas que están embarazadas o son madres. Hay escuelas donde pueden asistir con los bebés. No se conoce con exactitud cuántos de estos planes subsistirán luego del cambio de gestión del 10 de diciembre de 2015.

Bolivia a la fecha no cuenta con ningún programa específico de apoyo al embarazo de adolescente y niñas desde el estado, pero se garantiza la atención médica a través del Seguro Materno Infantil que está vigente (SUMI), que es universal y para toda la población. Se prohíbe discriminar a las niñas embarazadas y se impulsa la continuidad de los estudios. El aborto en casos de violación es legal.

En el caso de Brasil, cuentan con la Estrategia de Salud de la Familia, que contiene previsiones para la salud de las jóvenes. Se cuenta además con la Norma Técnica para Víctimas de Violencia Sexual, que tiene el objetivo de garantizar el acceso de las niñas embarazadas al aborto legal. No hay prohibición de continuar los estudios, aunque la mayoría de las niñas embarazadas o madres lo abandonan. No hay datos sobre encierro en hogares.

En Colombia, existe una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, desde el año 2012, emitida a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes). El Conpes 147 es un documento de política social en el que participan varios ministerios (educación, justicia, salud, cultura, tecnologías, comunicación, Alta Consejería para la Equidad de la Mujer, y otros) en donde se establecen unos lineamientos específicos para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años en Colombia. Articula con la estrategia De Cero a Siempre, Familias en Acción y los programas de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Por otro lado, no se prohíbe la asistencia a la escuela estando embarazada. Las niñas madres deben continuar en la escuela en los horarios diurnos, pero aún existen muchas escuelas que las transfieren a jornadas nocturnas. La sentencia C355/06 de la Corte constitucional colombiana despenalizó el aborto cuando el embarazo es resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal violento, abusivo, debidamente denunciado, o de incesto.

En El Salvador no se habilita el aborto en caso de violación. En relación a la educación, existen los “Lineamientos técnicos para el desarrollo de círculos educativos con adolescentes embarazadas”. Otras políticas están contenidas en el Plan Estratégico Nacional 2011-2014, como la de Reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal y la Política de Salud Sexual y Reproductiva. La Política Nacional de Salud 2009-2014, contiene como Estrategia 15: Salud Sexual y Reproductiva que se plantea: “En coordinación con el Programa Ciudad Mujer se establecerán programas priorizados de Información, Educación Sexual y Atención en Salud Sexual y Reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital”.

En Honduras no se observan políticas públicas específicas. El aborto está prohibido en todos los casos, de modo que las niñas violadas deben continuar con sus embarazos.

México publicó en 2013 la Ley General de Víctimas donde se establece la obligación de las autoridades de salud de proporcionar los servicios de interrupción legal del embarazo (ILE), como una medida de atención médica de urgencia para las víctimas de violación sexual, sin requisito al-

guno, aunque existen muchas dificultades para que se implemente en los 32 Estados. Hasta la fecha, sólo en 6 de ellos estaría formalmente garantizada¹²¹. Las niñas embarazadas pueden continuar su educación, aun cuando se han reportado algunas quejas por discriminación ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Para las que se convirtieron en madres, existen las Becas de Apoyo a la Educación Básica de madres jóvenes y jóvenes embarazadas¹²² (PROMAJOVEN), cuyo objetivo es contribuir a la reducción del rezago educativo mediante el otorgamiento de becas a niñas y jóvenes en situación de vulnerabilidad, agravada por embarazo y la maternidad.

En Nicaragua, el Ministerio de la Familia es la institución del Estado que resguarda a las menores, las que pueden recibir visita de la familia pero no de organizaciones de mujeres. La Procuraduría especial de la niñez y las adolescentes es la que da seguimiento. No habilita el acceso al aborto por ninguna causa, ya que está penalizado desde 2006 y las niñas deben llevar a término el embarazo. Según la normativa 002 del MINSA (Normas y protocolos de planificación familiar, 2008), la anticoncepción de emergencia (AE) es un método que debe ser ofrecido a las mujeres nicaragüenses en el país, pero un mínimo porcentaje de las Unidades de Salud, ofrecen a las usuarias la AE. En cuanto a la atención jurídica se cuenta con una ruta de acceso a la justicia concebida desde el modelo de atención integral (MAI).

El nuevo Código de la Familia, que entró en vigor a inicios de este año, contempla en su artículo 305 que las instituciones públicas y privadas en las cuales estudie o labore una adolescente embarazada deben garantizar la continuidad de sus estudios o trabajo y respetar los derechos que le asisten. El código entró en vigencia en 2015. Por el escaso tiempo de vigencia se desconoce cuál es la política que están siguiendo las escuelas o institutos de educación o si están cumpliendo lo establecido en dicha norma.

Panamá cuenta con la ley 29 de 2002, que “Garantiza el derecho a la Educación y a la salud de las adolescentes embarazadas”, para que no sean expulsadas del sistema educativo regular y puedan recibir atención médica. En la práctica sucede que muchas escuelas ofrecen a las niñas embarazadas el sistema de módulo para que no acudan al centro educativo. El aborto está tipificado como delito y las excepciones contempladas son por violación y por riesgo en la salud, pero en casos de violación debe seguirse un proceso que en muchas ocasiones excede el tiempo permitido para realizar el aborto. No hay programas sociales dirigidos a esta población.

Paraguay emitió un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018 desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Contiene una Línea de Acción que se propone brindar información veraz y actualizada, servicios adecuados y eficaces de planificación familiar e insumos gratuitos accesibles a todas las personas; la implementación de una estrategia nacional de prevención del embarazo en adolescentes de 10 a 14 años, y del segundo embarazo incluyendo la prevención de la violencia sexual, atención oportuna de víctimas, acceso a la PAE (pastilla de anticoncepción de emergencia) y otros métodos anticonceptivos. También se propone la prevención y atención a personas en situación de violencia intrafamiliar, violencia sexual y violencia basada en género (VBG). El Lineamiento 5 prevé la aplicación del “Programa Nacional para la Prevención y la Atención Integral de Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Violencia Basada en Género, Doméstica e Intrafamiliar, 2010-2015” y sus protocolos, así como del documento “Violencia Intrafamiliar

121 Disponible en: <http://www.sdpnoticias.com/nacional/2015/08/13/6-estados-de-32-autorizaron-interrupcion-del-embarazo-para-victimas-de-violacion>.

122 Disponible en: <http://www.promajoven.sep.gob.mx/es/acerca/objetivos.html>.

y de Género- Manual de Atención Integral a Víctimas en el Sistema de Salud”. Asimismo se cuenta con un Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y con la Ley N. 4048 de Protección a las estudiantes en estado de gravidez y maternidad, del 13 de setiembre de 2010. Lamentablemente, estos programas no se implementan adecuadamente.

En el año 2010 se promulga la Ley N. 4048 de “Protección a las estudiantes en estado de gravidez y maternidad”. Con esta Ley, el Ministerio de Educación y Cultura estableció procedimientos para el acompañamiento de las niñas en las instituciones educativas en caso de embarazo, brindando las garantías para la continuidad de sus estudios y el apoyo en los controles prenatales. No se tienen reportes oficiales de su aplicación. Por otro lado la “Libreta de Salud de la Adolescente” (2013) es una iniciativa impulsada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia. Tiene como objetivo ofrecer información a las adolescentes sobre su salud integral desde un enfoque de derechos.

Lamentablemente, estos programas no se implementan adecuadamente. En la práctica, un gran porcentaje de niñas embarazadas deja sus estudios. En algunos casos retoman luego en las escuelas para adultos. La continuidad escolar no está prohibida, pero se ve dificultada y en algunos casos se implementan módulos a domicilio que no cubren todo el programa. Algunos colegios privados (no religiosos) permiten que continúen los estudios mientras que algunos colegios religiosos expulsan a las estudiantes. En algunas situaciones, especialmente cuando las familias son pobres, las niñas embarazadas son enviadas a “Hogares abrigo”. Suele suceder que se dificulte el contacto con familiares y afectos y el retorno a la escuela. El aborto está prohibido en casos de violación.

En Perú las políticas están dirigidas principalmente a prevenir el embarazo adolescente. En ningún caso se habilita el acceso al aborto por violación, ni en niñas ni en adolescentes. Se posibilita la continuidad de sus estudios por una normativa del Ministerio de Educación, que prohíbe que se obstaculicen los estudios escolares de las niñas y adolescentes madres. Sin embargo, miles de niñas en esta situación abandonan los estudios. Existen mecanismos de recepción de denuncias, que en estos casos se tramitan para sancionar a los culpables del embarazo. Respecto a las niñas, el Estado evalúa su entorno familiar y en caso de carencias sociales se las deriva a los hogares del INABIF, donde, dependiendo de cada situación, se les permite o restringe su relación con familiares.

Otros programas son: 1) Programa Nacional Yachay, que se crea a fines del año 2012, con la finalidad de restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes en situación de calle (trabajo infantil, vida en calle, mendicidad y/o explotación sexual) para que logren su desarrollo integral; 2) El Decreto Supremo N° 008-2001-PROMUDEH, crea el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual al interior del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. Cuenta entre sus servicios, el Centro de Emergencia Mujer (CEM) que atiende casos de maltrato y violencia sexual contra mujeres y hombres, de toda edad.; 3) Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar - INABIF; 4) Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes CCONNA, relevante por el tratamiento de temas como el embarazo y parto infantil.

Puerto Rico no cuenta con políticas específicas para niñas embarazadas. En 2014 se firmó la Orden Ejecutiva-2014-062- para establecer el Comité Multisectorial para la prevención y atención de la violencia de género. El Departamento de la familia cuenta con un Programa de Acceso, Prontitud y Continuidad de Servicios de Salud a Menores en Custodia bajo Programa de Protección Social y Cuidado Sustituto. La interrupción del embarazo es legal y se promueve la continuidad de los estudios.

En República Dominicana la interrupción del embarazo es ilegal en cualquier circunstancia. Por ley les está prohibido a los centros escolares expulsar a las niñas y jóvenes embarazadas. De todos modos, en los centros públicos suelen ser transferidas a las tandas nocturnas para que no “contagien” a las demás compañeras de clase.

Uruguay cuenta con varias normas que abordan el problema, como la Ley de Salud Sexual y Reproductiva; Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); Código de la Niñez y Adolescencia y Ley General de Educación. Por esta última se garantiza que la niña embarazada continúe con sus estudios. A pesar del marco normativo, hay dificultades para el acceso a IVE.

Julia – 11 años

Uruguay

Julia vivía en Montevideo con su madre y seis hermanos en condiciones de pobreza y vulnerabilidad. Cursa la escuela primaria en escuela especial por su discapacidad (trastornos de conducta que requieren medicación).

Sus padres padecen discapacidad intelectual. El INAU (Instituto Nacional de Niños y Adolescentes), a través de su Programa Calle y de la ONG El Farol atendía a la familia. También reciben atención hospitalaria desde el Estado (Ministerio de Salud Pública).

La niña fue sometida a abuso sexual por parte de un hombre de 41 años de edad, quien mantenía una relación sentimental con una familiar (mayor de edad) cercana a la niña y que ahora, debido a ese hecho, está en prisión.

La organización El Farol en marzo 2015, llevó a la niña al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), hospital público, que atiende a mujeres, niñas y adolescentes embarazadas, donde se constató el embarazo.

La asistente social de la organización se entrevistó con integrantes del personal de la salud y asistentes sociales del hospital para manifestar **la voluntad de la madre de la niña, de interrumpir el embarazo así como informar de la extrema vulnerabilidad de la niña y la familia.**

Después de efectuar valoraciones sobre el nivel intelectual de la niña, el psicólogo entrevistó a la madre de la menor, G.G., un ama de casa de 36 años. “Su madre dice que el embarazo de su hija es una locura y que está **dispuesta a autorizar el procedimiento que conduzca a su interrupción**”, señala el documento.

En relación a su historia personal, la madre de la niña dijo que “fue criada por su padre y una madrastra. Su padre era alcohólico y la violó cuando tenía 11 años. Cursó solo hasta primer año de escuela. En consecuencia, es analfabeta”. Tiene seis hijos y está embarazada de un séptimo.

Desde el CHPR decidieron denunciar al hombre en el ámbito penal y mantener internada a la niña.

Recibía medicación psiquiátrica, aparentemente incompatible con el embarazo. La niña manifestó querer continuar su embarazo y contraer matrimonio con el hombre. El psicólogo señaló: “La menor (violada y embarazada) **no es consciente de su actual condición.** Su único interés está centrado en preservar la relación de pareja, a lo que debe sumarse su bajo nivel intelectual y trastornos de conducta e impulsividad”. Enseguida el profesional advierte a la jueza: “(La menor) se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad emocional y existencial”.

La Asistente Social de la ONG el FAROL, manifestó: “Durante estas semanas me mantuve en permanente contacto con la madre de Julia, quien desde el inicio de la situación me había expresado su voluntad de que el embarazo pudiera ser interrumpido dado que ni la niña, ni la familia contaban con la posibilidad de hacer frente a este hecho. El día jueves 16 fueron citados al juzgado Especializado de Familia de 3er. Turno la niña y la madre. Al día siguiente me reúno, tal como habíamos acordado, con la Psiquiatra. Esta me informa que había llegado la resolución del Juez actuante y que esta determinaba que sin el consentimiento de la niña no se podía llevar adelante la interrupción del embarazo. Me informa que la situación era compleja, dado que la niña se encontraba sumamente descompensada, que desde el equipo entendían que ella no se encontraba en condiciones de decidir

qué hacer con su embarazo ni con el niño, aunque manifestaba que quería tener a su hijo y casarse con quien había abusado de ella. Del mismo modo me informa que dada la dificultad que existía para contenerla, tuvieron que volver a medicarla y que la medicación que era necesario darle actuaba sobre el feto resultando de esto una afectación del mismo.”

La **madre de la niña** manifestó el 16 de abril ante el Juzgado Letrado Especializado de Familia de 5to. Turno de Montevideo -que también sigue el caso- que **está de acuerdo con interrumpir el embarazo de su hija** por entender que Julia “no está en condiciones de llevar adelante el mismo y no está en condiciones a su vez de hacerse cargo del cuidado y atención de su hija, entendiéndose necesaria la internación de la menor en INAU para que se le brinde el abordaje y contención pertinente”. Desde el equipo de la ONG El Farol, que forma parte del Proyecto Calle (INAU), que trabaja con esta familia desde hace tres años, se pusieron en contacto con el equipo médico del CHPR, ya que la madre estaba preocupada porque los plazos para la interrupción del embarazo corrían y no había avances al respecto. Un equipo de psiquiatría infantil del hospital trabajaba con Julia desde principios de abril sobre “el futuro del embarazo”, señaló una fuente del INAU. “La posición de la niña ha sido sostenida sin dudas: desea ser madre”, indicaron los especialistas. Por este motivo, le suspendieron la medicación psiquiátrica que estaba tomando antes del ingreso. La resolución del Tribunal de Familia recuerda que tanto los informes médicos remitidos por el hospital Pereira Rossell como la evaluación hecha por el equipo de Calle señalan que María “no tiene capacidad para entender las consecuencias del embarazo, la maternidad y la relación con un hombre que triplica su edad, además de ser ella portadora de un evidente retardo”, aunque manifestaba que quería tener a su hijo y casarse con el hombre que había abusado de ella.

La niña fue internada en el Pereira Rossell para efectuarse controles médicos. Los médicos advirtieron que su escaso desarrollo corporal y psicológico podría acarrearle consecuencias negativas en el futuro, tanto a la madre como al bebé. Luego fue derivada a un hogar de amparo del INAU donde recibió atención psiquiátrica, contención emocional y buena alimentación.

Se le indica suspensión de medicación psiquiátrica. Se producen descompensaciones e hipertensión que llevó a cesárea. El 16.10.2015 se produjo el nacimiento en el Hospital Pereira Rossell.

Fuentes:

Asistencia legal en conversaciones telefónicas y correos con la Org. El Farol (director y asistente social)
 Conversaciones con integrantes de Institución Nacional de DDHH y Defensoría del Pueblo
 Intervención con Directora de Departamento de Salud Sexual y Reproductiva MSP
 Expediente judicial en Familia Especializada
 La Diaria, 7.5.2015 y distintos medios de comunicación
 Informe de la asistente social
 EDUARDO BARRENECHE - 22 jul 2015 Diario El País

10.2. Programas de educación sexual

Toda política de prevención del embarazo infantil deberá comenzar por instalar programas de educación sexual integral. Las niñas y adolescentes necesitan estar informadas y capacitadas para rechazar las caricias o aproximaciones sexuales no deseadas; prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, así como empoderarse para poder desarrollar su sexualidad libremente y sin riesgos.

La educación sexual tiene como objetivo dotar a los niños/as y adolescentes de los conocimientos, habilidades y valores para tomar decisiones responsables acerca de sus relaciones sexuales y sociales. Del mismo modo, las niñas y adolescentes necesitan estar informadas acerca de los servicios

de aborto seguro, donde estén legalmente disponibles y los peligros del aborto inseguro. Las niñas y adolescentes necesitan desarrollar sus habilidades para la vida, y mejorar sus vínculos con las redes y los apoyos sociales que les pueden ayudar a rechazar el sexo no deseado y resistir las relaciones sexuales forzadas, acciones que a menudo se sienten impotentes para hacer¹²³.

La ausencia de programas de educación sexual, o su escasa, parcial o inadecuada implementación en aquellos pocos países donde existen, es un síntoma alarmante, sobre todo si se tiene en cuenta que las mayores carencias se registran en aquellos Estados que tienen políticas restrictivas en salud reproductiva. De resultas de esa política, las niñas no tienen información suficiente, ni son empoderadas para denunciar o reaccionar frente a los abusos.

En los países que no pudieron implementar un programa de educación sexual, se observa que quienes han puesto obstáculos para su aprobación son los mismos sectores que luego se proclaman a favor de la vida y en contra del aborto, sin que desde los organismos estatales se les pongan límites.

De los países estudiados, sólo Argentina cuenta con un programa integral de alcance nacional, obligatorio, que *no admite objeción de conciencia* para limitar su aplicación. A pesar de su obligatoriedad, en la década que lleva de aplicación se han encontrado numerosas dificultades para la implementación en todas las provincias.

En Brasil la educación sexual está incluida en el Currículo Nacional do Ministerio da Educação desde 1996 como un tema transversal que debe estar ligado a los contenidos de cada disciplina escolar en las escuelas primarias y secundarias, pero no es obligatorio, sino sugerido. La educación está descentralizada, lo que significa que la educación sexual varía según cada estado. Cerca de 45% de las escuelas en Brasil tienen programas de educación sexual.

Colombia cuenta con el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía creado por ley, coordinado por un Equipo Técnico Nacional (ETN) que realiza acciones coordinadas con los Equipos Técnicos Regionales Intersectoriales (ETRI) constituidos por profesionales de las secretarías de educación y salud, docentes y estudiantes de universidades y representantes de sectores relacionados con la temática en el nivel regional y local. Sin embargo los reportes indican que no se implementa en todas las escuelas y en las que se lo hace se observan fallas en su aplicación.

En El Salvador, Honduras y Panamá no existen programas de educación sexual en el sistema de educación formal. Esto no significa que no se hayan hecho esfuerzos para que se aprueben. Las dificultades para ello provienen principalmente de la oposición de sectores fundamentalistas religiosos y algunas organizaciones anti-derechos de las mujeres y las niñas.

Otros países tienen programas cuya aplicación es parcial o que constituyen orientaciones generales pero sin obligatoriedad. México cuenta con el Programa PROMAJOVEN, que depende de la SEP - que si bien está etiquetado como programa con cobertura nacional, sólo se aplica parcialmente, con acciones aisladas. Existe preocupación de autoridades del área por no poder implementar una política en esta materia de manera sostenida.

En Nicaragua se lanzó el Programa “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en adolescentes y jóvenes” (PVJ, NIC7R14A), diseñado en el marco de la cooperación técnica del Fondo de Población con la Asociación de Municipios de Nicaragua (AMUNIC) y los Consejos y Gobiernos Regionales Autónomos del Caribe Norte y Sur de Nicaragua. Fue implementado entre

123 OMS. Early marriages, adolescent and young pregnancies. A65/13 - 16 March 2012.

mediados de 2008 y fines de 2013. El objetivo del Programa era mejorar la calidad de vida de adolescentes y jóvenes, contribuyendo al ejercicio de sus Derechos Reproductivos y a mejorar su Salud Sexual y Reproductiva. Se desconoce el impacto de dicho programa y no se cuenta con información sobre otros programas que se estén implementando.

Paraguay entre los años 2008 – 2011, secretarías de Estado (Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Secretaría de la Mujer, Secretaría de la Niñez y de la Adolescencia, Viceministerio de la Juventud), la sociedad civil (Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (CDIA), Red de ONGs que trabajan en VIH y sida) y organismos de cooperación (UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, OPS/OMS) formaron parte del Comité Gestor de Políticas Públicas de Educación y Sexualidad. Se pretendió desde esta instancia definir los principios y las directrices orientadoras y reguladoras para el abordaje de la educación integral de la sexualidad en el sistema educativo paraguayo formal y no formal, con base en el Plan Nacional de Educación 2024 y el resultado fue la elaboración y presentación del Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad”. En el 2011 el Ministerio de Educación y Cultura a través de la Resolución N° 35.635, suspende la socialización del Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad, así como su implementación en el sistema educativo debido a la fuerte oposición de grupos confesionales.

En diciembre de 2015, a través del Consejo Nacional de Educación y Cultura (CONEC), es presentado el documento “Políticas para la Educación de la Afectividad y la Sexualidad”. Es un documento que pretende definir la implementación de la educación de la sexualidad y la afectividad en el sistema educativo paraguayo. El documento no recupera el proceso que vivió el país con el Marco Rector Pedagógico y tiene un fuerte sesgo confesional.

En Perú, a través del Ministerio de Educación, se cuenta con los “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la educación sexual integral” y el Ministerio de Salud lanzó el Plan de Prevención del embarazo adolescente 2013-2021¹²⁴. Este último recién ha comenzado a implementarse.

En República Dominicana, desde el año 2011 se implementa el Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS). Se desconoce su impacto.

Uruguay cuenta con la Guía para primaria de educación sexual inclusiva. Se observa gran resistencia institucional incluso del Consejo de Educación de Educación Pública y de docentes en Educación Sexual, Derechos sexuales y derechos reproductivos para implementarla.

124 Éste último en su árbol de objetivos se ha planteado como un resultado: Incrementar prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) modernos en las/los adolescentes sexualmente activos y en adolescentes madres.

Anita – 10 años

Brasil

El 17 de julio de 2015 Anita fue a la escuela como todos los días, en su pueblo del sudeste de Brasil. Al poco rato de llegar, comenzó a sentir dolor de estómago. Los maestros llevaron a la niña al hospital, donde los médicos descubrieron que la niña llevaba siete meses de embarazo y parecía estar en trabajo de parto.

A pesar de la edad de la niña (10 años) y que solo tenía siete meses de embarazo, el bebé nació saludable.

Se cree que la niña quedó embarazada por su padrastro de 40 años de edad quien estaba ya acusado por violación de un niño y posesión ilegal de armas de fuego.

La madre de la niña no sabía que estaba embarazada y no se había dado cuenta de que su estómago se había vuelto más grande de lo normal. En declaraciones a la policía relató que había notado que su hija se había vuelto más introvertida desde octubre del año pasado y empezó a tener problemas en el trabajo, pero ni ella ni los otros miembros de la familia, habían observado nada fuera de lo común en el cuerpo de la niña.

Las razones para que Anita no denunciara los abusos fueron las amenazas de su padrastro. Él le había asegurado que si alguna vez hablaba acerca de lo que le hacía mataría a su madre y a su hermano.

Fuente:

<http://www.tiempo.hn/brasil-nina-de-10-anos-da-a-luz-sin-saber-que-estaba-embarazada/>

11.

Conclusiones y Recomendaciones

- 1.** Los **embarazos infantiles forzados** son síntomas que nos muestran la situación de las niñas –y las mujeres en general– en los países estudiados. Revelan, entre otras cosas, el nivel de violencia, falta de autonomía, discriminación y apropiación del cuerpo de las niñas por parte de los varones adultos, incluyendo a los de su entorno familiar y social.
- 2.** A la vez, las **maternidades infantiles forzadas** exhiben la ineficacia de las políticas estatales de prevención. En aquellos países donde no hay programas de educación sexual ni acceso a anticonceptivos y donde se prohíbe la interrupción del embarazo, el control de los cuerpos de las niñas se traslada al Estado, que continúa ejerciendo sobre ellas la violencia patriarcal, hasta lograr que sean madres. Luego quedan libradas a su suerte.
- 3.** La **carencia de estadísticas** sobre las distintas facetas de este problema: - causas de los embarazos, cantidad de niñas embarazadas, en control prenatal o que abortan; número de partos desagregados por edad, morbilidad y mortalidad de niñas; denuncias de la violencia sexual, procesos y sentencias cuando los embarazos fueron originados por la violencia; organismos que reciben a las niñas, número de niñas alojadas y otros datos claves- es alarmante y requiere una atención urgente de las autoridades, especialmente aquellos órganos del estado dedicados a la protección de la niñez. Es imposible diseñar políticas adecuadas para resolver un problema cuya dimensión y características se desconocen.

4. No hay políticas efectivas y adecuadas de **prevención del embarazo y la maternidad infantil** que se apliquen en todos los países de manera integral. De los casos reseñados, actuales y provenientes de toda la región, surge que las escasas políticas existentes **operan ante la emergencia**, cuando los embarazos de las niñas ya se produjeron.
5. Mientras que en otras partes del mundo los partos de las niñas tienen lugar dentro de matrimonios o uniones de hecho, en América Latina y el Caribe la **mayoría de los embarazos infantiles tienen su causa en los abusos sexuales**, ya sea por parte de miembros de la familia, personas cercanas a ella, o extraños. La sumisión, el estigma, la vergüenza, el miedo, la falta de recursos simbólicos, entre otros factores, inhiben a la niña de denunciarlos.
6. En aquellos casos en que se denuncia, no está garantizado que se abra un proceso y se sancione al responsable. El **nivel de impunidad** es muy alto. No hay correlación entre el número de denuncias y el de sentencias condenatorias. Esta es una situación de extrema gravedad, ya que la impunidad favorece la continuidad y multiplicación de estos delitos.
7. En todos los contextos estudiados (rurales o urbanos, de países del caribe o de Sudamérica), a pesar de las grandes diferencias, **persiste una cultura de estigmatización de las niñas abusadas o que quedaron embarazadas, o fueron madres**. Niñas de 11, 12 o 13 años son acusadas por la opinión pública de seducir a padres, profesores o vecinos. Esta reacción de la comunidad motiva que muchas veces dejen la escuela y abandonen los estudios.
8. De las investigaciones realizadas sobre este tema se concluye que más de la mitad de las niñas que quedan embarazadas **interrumpen los estudios**. Alrededor del 40% de ellas los abandona para siempre. Un número menor los retoma, recurriendo a programas nocturnos o a cursos de capacitación para obtener ingresos. En muchos de estos casos, la calidad de la educación que se recibe disminuye.

9. Los **embarazos infantiles tienen graves consecuencias** para las niñas. Además de las ya mencionadas en el campo de la educación, existen altos riesgos para su salud física y mental, así como efectos negativos en sus relaciones familiares y sociales. A la vez, sus oportunidades laborales pueden restringirse seriamente.
10. Las **consecuencias de las maternidades** en la vida de las niñas son a corto y largo plazo. Tanto sea que permanezca con la criatura, como que la dé en adopción, esa maternidad la marcará para siempre. En la mayoría de los casos, afectará también a su entorno, ya que la niña no podrá hacerse cargo del bebé, que quedará bajo la responsabilidad de otras mujeres de la familia. Su inserción en la comunidad también se alterará, ya que sus pares ya no la verán como una igual. La maternidad también limitará sus posibilidades de salir de la pobreza.
11. En los casos en que el embarazo se produce por abuso sexual, suele suceder que **la madre de la niña sea acusada de complicidad, investigada, procesada y detenida**, sin intentar disminuir la responsabilidad de aquellas mujeres que puedan haber incurrido en falta de apoyo o complicidad. En este punto, hay que hacer una distinción entre el grado de culpabilidad del perpetrador y el de la madre de la niña. En muchos casos, las madres también sufren violencia y abuso. Se debe asimismo investigar si las niñas han sido manipuladas o amenazadas para no confiar lo que les sucede a sus mamás. También es probable que las madres sean las principales proveedoras del hogar y trabajen todo el día fuera de casa, con pocas posibilidades de estar atentas a lo que hacen las niñas cuando ellas están ausentes. Llama la atención que sistemas de justicia que dejan impunes la mayor parte de los casos de abuso sexual actúen con celeridad para llevar a la cárcel a la madre que en muchas ocasiones está también en situación de vulnerabilidad.
12. Para contar con un marco jurídico coherente, el **abuso sexual debe ser agravado cuando es incestuoso**. Esto, en tanto el abusador no sólo está atentando contra la libertad sexual de la víctima, su proceso de desarrollo sexual y su integridad física, sino también contraviniendo los deberes de cuidado y protección que tienen los adultos de la familia.

- 13.** Se deben **incorporar como delitos** tanto el **embarazo infantil forzado** como **la maternidad infantil forzada** a los códigos penales, sancionando a todas aquellas personas que impidan, obstaculicen o demoren la toma de decisiones informada por parte de la niña, cuando ésta esté en condiciones de formarse un juicio propio. De esta manera, independientemente de la eficacia del sistema de justicia, se podrá tener una herramienta simbólica para contribuir a la desnaturalización de ambas situaciones. La amplia difusión de estas reformas y el debate abierto sobre estos temas, contribuirán a los cambios. Optar por el silencio ante esta realidad contribuye a la continuidad de los abusos e impide tomar decisiones políticas adecuadas, así como dificulta la toma de conciencia por parte de la sociedad.
- 14.** Obligar a una niña que no ha terminado de crecer a llevar a término un embarazo, ser madre y criar a un bebé debe ser considerado **tortura o trato cruel, inhumano y degradante**, según los casos, en los términos de la Convención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- 15.** Se deben diseñar programas de salud reproductiva que respeten la voz de las niñas y su autonomía reproductiva, facilitando el acceso a la interrupción del embarazo de manera segura cuando lo soliciten. Aún aquellos países que tienen un marco legal restrictivo deberían **brindar el servicio de aborto seguro para las niñas en caso de violación**. La voluntad de la niña debe ser la principal razón para llevar a cabo la interrupción del embarazo.
- 16.** En caso que deba albergarse a las niñas en una institución, su alojamiento y tratamiento deberá **cumplir con los estándares de derechos humanos**. Deberá aplicarse la debida diligencia para asegurar que la niña no ha sido confinada contra su voluntad o la de su familia. Todas las instituciones de este tipo deben estar adecuadamente supervisadas por el Estado. Uno de los aspectos a monitorear son las posibles conexiones entre estos hogares o albergues y agencias de adopción privadas, legales o ilegales.

- 17.** Se requiere de manera urgente **diseñar políticas públicas para prevenir** el embarazo infantil forzado y la maternidad infantil forzada. Además de los programas de salud reproductiva, se deben promover campañas de transformación cultural que incluyan la incorporación de la educación sexual integral en los sistemas educativos formales. Asimismo, deberá sancionarse adecuadamente a los responsables de los abusos e implementarse medidas especiales para reducir el nivel de impunidad.

- 18.** Para los casos en que los esfuerzos de prevención no hayan dado resultado, se deberán crear **programas para las niñas embarazadas y las niñas madres, que sean específicos para su condición de niñas**. Esto demanda una gran articulación entre todas las instituciones que operan en estos casos (salud, desarrollo social, justicia, educación) y requieren la creación de espacios que no sólo les brinden cuidado y protección, sino que también habiliten su activa participación.

Avanzar en este sentido facilitará el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sustentable N.5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas, para el año 2030”

Bibliografía

- Bourdieu Pierre. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.
- Corte Penal Internacional. [Internet]. Roma; 2002. Estatuto de Roma. [citado de 2/02/2016]. Disponible en: [http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf)
- Corte Penal Internacional. [Internet]. New York; 2000. Las Reglas de Procedimiento y Prueba. [citado 29/02/2016]. Disponible en: https://www.icc-cpi.int/en_menus/icc/legal%20texts%20and%20tools/official%20journal/Documents/RPE.4th.SPA.23Mar1800.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe del Estado de la Población Mundial 2013, Maternidad en la niñez: Afrontar el desafío de un embarazo adolescente. New York: UNFPA; 2013.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Motherhood in Childhood - Facing the challenge of adolescent pregnancy. The State of World Population. New York: UNFPA; 2013.
- Gaceta Oficial de la República del Paraguay. [Internet]. Asunción, 2013. Ley N° 4.084. De protección a las estudiantes en estado de gravidez y maternidad. [citado 12 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.gacetaoficial.gov.py/uploads/pdf/2013/2013-11-12/gaceta_1050_FBBFGABACJGECJHDHBBEJKKAFDGCIIHKKCFKEGC.pdf
- Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Salud y Bienestar Social. Secretaría de la Niñez y la Adolescencia. Secretaría de la Mujer y otros. Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad, Asunción; 2009.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. [Internet]. Asunción; 2013. Libreta de Salud de la Adolescente. [citado 12 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/programasdesalud/wp-content/uploads/2014/01/Libreta-MUJER-WEB.pdf>
- Montero Tirado, J. y Torres, A. Políticas para la educación de la afectividad y la sexualidad, Asunción: Consejo Nacional de Educación y Cultura; 2015.
- Montórfano, María Gloria. Políticas públicas para la educación de la sexualidad en el sistema educativo paraguayo. Documento de sistematización Asunción: GTZ-CICT-ONUSIDA; 2009.
- Organización de Estados Americanos [Internet]. Washington; Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. [citado 29/02/2016]. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización de Estados Americanos – MESECVI. [Internet]. Washington; 2014. Indicadores de Progreso para la Medición de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer - «CONVENCION DE BELÉM DO PARÁ». [citado 20/02/16]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BdP-GuiaAplicacion-Web-ES.pdf>
- Organización de Estados Americanos - MESECVI. [Internet]. Washington; 2012. II Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Para. [citado 20/02/16]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-ES.pdf>
- Organización de Estados Americanos - MESECVI. [Internet]. Montevideo; 2014. Declaración sobre la violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos. [citado 19 de setiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/MESECVI/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf>

- Organización de Estados Americanos. [Internet]. San José, Costa Rica; 1969. Convención Americana de los Derechos Humanos. [citado 20/02/16] Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
- Organización de Estados Americanos. [Internet]. Washington; 1987. Convención Interamericana Para Prevenir y Sancionar la Tortura. [citado 10/01/16] Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-51.html>
- Organización de Estados Americanos. [Internet]. Washington; 1999. Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. [citado 15/01/16]. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. Asunción; 2004. Convención de los Derechos del Niño y de la Niña. [citado 10/01/16]. Disponible en: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_convencion_espanol.pdf
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. Washington; Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. [citado xx de 15/01/16]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. Washington; 1987. Convención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. [citado 30/01/16]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. Washington; 1976. Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. [citado 20/02/16]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. Washington; 1976. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [citado 13/03/16]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. New York; 2006. Estudio del Secretario General. Poner Fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos. Naciones Unidas [citado 18/02/16]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. New York; 2006. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. [citado 25/01/16]. Disponible en: http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_sp.pdf
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. New York; 1995. Plataforma de Acción de las Mujeres. IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas: Igualdad, Desarrollo y Paz. [citado 15/12/15]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. [Internet]. New York; 2012. Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. [citado 13/01/16]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Ginebra; 2012. Early marriages, adolescent and young pregnancies. [Citado 23/02/16]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-en.pdf

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). [Internet]. Reino UNido; 2006. Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope, at 14 (2006). [citado 20/12/15]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43368/1/9241593784_eng.pdf
- Planned Parenthood Global. Vidas Robadas. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. 2015.
- Pediatric & Adolescent Gynecology 138 (June 2014). [Internet]. [citado 9/01/16]. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0976001612000853
- Pitch, Tamar, Responsabilidades Limitadas. Actores, Conflictos y Justicia Penal –Buenos Aires: AD-HOC; 2003.
- PROMSEX, Historias para no olvidar. La violencia como factor asociado a la muerte materna de adolescentes. Un estudio cualitativo. Perú 2012-2014. Lima; setiembre 2015.
- Saffioti, Heleieth. No Fio da Navalha: Violencia Contra Crianças e Adolescentes no Brasil Atual. In: MADEIRA, Felicia Reicher (org). Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997, p. 135-211.
- Sandalowski, Mari Cleise. Violencia Domestica Contra Crianças e Adolescentes: o Caso de Santa Maria, XI Congresso Brasileiro de Sociología. São Paulo: Unicamp; 2003.
- Schuster Gloria, (Coord). ¿Todo Bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y reproductiva. Rosario: INSGENAR; 2010.
- UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. New York; 2014. El estado mundial de la infancia en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez. [citado 15/12/15]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/>
- UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. [Internet]. New York; 2001. Aprovecharse del abuso: una investigación sobre la explotación sexual de nuestros niños y niñas. [citado 16/02/16]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_profiting_sp.pdf

Anexos

ANEXO I

Tabla 1. Partos de niñas de 10 a 14 años

| PAÍSES | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Argentina | 3.117 | 3.156 | 3.020 | 3.261 | 3.007 |
| Bolivia | - | - | - | - | - |
| Brasil | 22.018 | 27.785 | 28.238 | 27.989 | - |
| Colombia | 6.315 | 6.291 | 6.547 | 6.429 | 6.470 |
| El Salvador | - | 1.176 | 1.215 | 1.540 | 1.057 |
| Guatemala | 2.671 | 2.841 | 3.014 | 1.914 | 2.243 |
| Honduras | 1.711 | 1.587 | 1.571 | 963 | 904 |
| México | 11.682 | 11.521 | 10.924 | 10.880 | 11.012 |
| Nicaragua | 1.603 | 1.549 | 1.797 | 1.639 | - |
| Panamá | 609 | 641 | 575 | 666 | 669 |
| Paraguay | 611 | 629 | 694 | 678 | 684 |
| Perú | - | 1.836 | 1.713 | 1.632 | 1.645 |
| Puerto Rico | 92 | -- | -- | - | - |
| República Dominicana | 1.695 | 1.585 | 1.205 | 705 | 397 |
| Uruguay | 186 | 218 | 177 | 190 | 169 |
| TOTAL | 52.310 | 60.815 | 60.690 | 58.486 | 28.257 |

Elaboración propia sobre números absolutos con fuentes: BRA: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos –(SINASC). ARG, BOL, COL, ELSAL, GUAT, MEX, HOND, NIC, PAN, PRY, PER, PTO.RICO, REP DOM. UY: Sistemas estadísticos nacionales y Estadísticas vitales.

Tabla 2. Partos de niñas de 10 a 14 años (en porcentajes)

| PAÍSES | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|----------------------|--------|---------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | | % | | % | | % | | % | | % |
| Argentina | 3.117 | 0,42 | 3.156 | 0,42 | 3.020 | 0,41 | 3.261 | 0,44 | 3.007 | 0,39 |
| Bolivia | | | | | | | | | | |
| Brasil | 22.018 | 0,80 | 27.785 | 1,18 | 28.238 | 1,00 | 27.989 | | | |
| Colombia | 6.315 | 0,96 | 6.291 | 0,95 | 6.547 | 0,97 | 6.429 | 0,98 | 6.470 | 0,98 |
| El Salvador | | | 1.176 | 1,12 | 1.215 | | 1.540 | | 1.057 | |
| Guatemala | 2.671 | 0,74 | 2.841 | 0,76 | 3.014 | 0,78 | 1.914 | 0,49 | 2.243 | 0,58 |
| Honduras | 1.711 | 0,85 | 1.587 | 0,79 | 1.571 | 0,80 | 963 | 0,73 | 904 | 0,65 |
| México | 11.682 | 0,44 | 11.521 | 0,45 | 10.924 | 0,44 | 10.880 | 0,44 | 11.012 | 0,45 |
| Nicaragua | 1.603 | 4,67 | 1.549 | 0,43 | 1.797 | 4,94 | 1.639 | 4,68 | | |
| Panamá | 609 | 0,90 | 641 | 0,87 | 575 | 0,76 | 666 | 0,90 | 669 | 0,89 |
| Paraguay | 611 | 0,60 | 629 | 0,59 | 694 | | 678 | | 684 | |
| Perú | - | 637.902 | 1.836 | 0,23 | 1.713 | 0,25 | 1.632 | 0,24 | 1.645 | |
| Puerto Rico | 92 | 0,22 | - | | - | | - | | | |
| República Dominicana | 1.695 | 1,09 | 1.585 | 1,00 | 1.205 | 0,80 | 705 | 0,47 | 397 | 0,29 |
| Uruguay | 186 | 0,40 | 218 | 0,47 | 177 | 0,37 | 190 | 0,39 | 169 | 0,35 |

Elaboración propia con fuentes. BRA: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC
 ARG, BOL, COL, ELSAL, GUAT, MEX, HOND, NIC, PAN, PRY, PER, PTO.RICO, REP DOM. UY. Sistemas estadísticos nacionales y Estadísticas vitales.

Anexo II

Tabla 1. Normativa que sanciona el abuso sexual incestuoso

| País | Normativa |
|--------------------|---|
| Argentina | Código Penal. Art. 119. Abuso sexual con acceso carnal menor 13 años, cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de culto, encargado de educación...8 a 20 años de reclusión o prisión. (Reforma Ley 25.087 del 14-5-99)- Art. 200: La pena será de prisión o reclusión de seis a diez años si la joven es menor de 16 años. |
| Bolivia | Código Penal. Art. 310,inc. g) aumenta en 5 años la pena si “El autor estuviere encargado de la educación de la víctima, o si ésta se encontrará en situación de dependencia respecto de éste”. |
| Brasil | Código Penal. No hay delito ni agravante por incesto. Se aplica el Art. 217-A- (Estupro do vulnerable) El agravante por parentesco aparece en otros delitos contra la libertad sexual, como la trata para la explotación sexual. |
| Colombia | Código Penal. Art.237. Incesto. Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1°. de enero de 2005. El que realice acceso carnal u otro acto sexual con un ascendiente, descendiente, adoptante o adoptivo, o con un hermano o hermana, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a setenta y dos (72) meses. Art. 211. Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando: La conducta se realizare sobre pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre; 6. Se produjere embarazo; 7. Si se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio. |
| El Salvador | Código Penal. Art. 162- Los delitos a que se refieren los cuatro artículos anteriores serán sancionados con la pena máxima correspondiente, aumentada hasta en una tercera parte, cuando fueren ejecutados: 1) Por ascendientes, descendientes, hermanos, adoptantes, adoptados o cuando se cometiere en la prole del cónyuge o conviviente; |
| Honduras | Código Penal. Art. 140 - 9 a 13 años de reclusión y son los siguientes: 1) Cuando la víctima sea menor de catorce (14) años de edad; (...) la ley no distingue entre parientes y extraños. La pena aumenta de quince (15) a veinte (20) años de reclusión si la víctima es menor de 12 años. |
| México | Código Penal Federal. Art. 266 Bis: Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentará hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando (...) II. El delito fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amante de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que la ejerciere sobre la víctima. |
| Nicaragua | Código Penal.– Art.. 169. Violación agravada. Se impondrá la pena de doce a quince años de prisión cuando: a) El autor cometa el delito prevariándose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella. |

| País | Normativa |
|-----------------------------|---|
| Panamá | Código Penal. Artículo 174. Quien mediante violencia o intimidación tenga acceso carnal con persona de uno u otro sexo, utilizando sus órganos genitales, será sancionado con prisión de cinco a diez años. La pena será de ocho a doce años de prisión, en cualesquiera circunstancias: 3.Si la víctima queda embarazada; 4. Si el hecho fuera perpetrado por un pariente cercano o tutor. |
| Paraguay | Código Penal. Art. 135. Abuso sexual en niños: 1° El que realizara actos sexuales con un niño o lo indujera a realizarlos en sí mismo o a terceros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa. (...) 2° En los casos señalados en el inciso anterior la pena privativa de libertad será aumentada hasta cinco años cuando el autor: (...) 3° haya cometido el hecho con un niño que sea su hijo biológico, adoptivo o hijastro, o con un niño cuya educación, tutela o guarda esté a su cargo. |
| Perú | Código Penal. Art. 119. "Será reprimido con reclusión o prisión de seis (6) meses a cuatro (4) años el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando, ésta fuera menor de trece años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción. (...) la pena será de ocho a veinte años de reclusión o prisión si: .. b) El hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda. |
| Puerto Rico | Código Penal del Estado Libre Asociado, (2004). Capítulo 4: Delitos contra la Indemnidad Sexual. Artículo 142: "Toda persona que lleve a cabo una penetración sexual, sea vaginal, anal, digital o instrumental, en cualquiera de las circunstancias que se exponen a continuación, incurrirá en delito grave de segundo grado severo; h) Si el acusado tiene una relación de parentesco con la víctima, por ser ascendiente o descendiente, por consanguinidad, adopción o afinidad, o colateral por consanguinidad o adopción hasta el tercer grado. |
| República Dominicana | Código Penal. Art. 331. Reclusión mayor de diez a veinte años y multa de cien mil a doscientos mil pesos cuando sea cometida contra un niño, niña o adolescente, sea con amenaza de un arma, sea por dos o más autores o cómplices, sea por ascendiente legítimo, natural o adoptivo de la víctima. Código de Niñez y Adolescencia. Art. 396 y ss. |
| Uruguay | Código Penal. Art. 276 .Incesto .Requiere escándalo público. No hay agravante para el abuso sexual incestuoso. |

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes secundarias.

Anexo III

Tabla 1. Normativa sobre violación de niñas por personas que no son de la familia

| País | Normativa |
|--------------------|---|
| Argentina | Código Penal. Art. 119. 6 a 15 años de reclusión o prisión cuando víctima es menor de 13 años . |
| Bolivia | Código Penal. Art. 308. 20 a 25 años de reclusión o prisión si la víctima es menor de 14 años , aunque se alegue consentimiento. Excepción: relaciones consensuadas de mayores de 12 años con alguien con menos de 3 años de diferencia. |
| Brasil | Código Penal. Artigo 217-A - define como “estupro de vulnerável” o ato de “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos , com pena de reclusão de 8 a 15 anos, independentemente de ter havido violência real. |
| Colombia | Código Penal. “Acceso Carnal Abusivo con menor de catorce años . El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años”. |
| El Salvador | Código Penal. Art. 159. Violación en menor e incapaz. “El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con menor de quince años de edad, o con otra persona aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado con prisión de catorce a veinte años”. |
| Honduras | Código Penal. Art. 140. 9 a 13 años de reclusión: 1) Cuando la víctima sea menor de catorce (14) años de edad; (...) la ley no distingue entre parientes y extraños. La pena aumenta de quince (15) a veinte (20) años de reclusión si la víctima es menor de 12 años . |
| México | Código Penal Federal. Art. 261. ... el delito de abuso sexual en una persona menor de quince años de edad...se le impondrá una pena de seis a trece años de prisión y hasta quinientos días multa. Si se hiciera uso de violencia, la pena se aumentará en una mitad más en su mínimo y máximo. Art. 266. Violación equiparada. Se equipara a la violación y se sancionará de ocho a treinta años de prisión: I. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de quince años de edad; II. Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; y III. Al que sin violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril en una persona menor de quince años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la víctima. Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentará hasta en una mitad. |
| Nicaragua | Código Penal. Art. 168. Violación a menores de catorce años . Quien tenga acceso carnal o se haga acceder con o por persona menor de catorce años o quien con fines sexuales le introduzca o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento por vía vaginal, anal o bucal, con o sin su consentimiento, será sancionado con pena de doce a quince años de prisión. |
| Panamá | Código Penal. Art. 175. Las conductas descritas en el artículo anterior, aun cuando no medie violencia o intimidación, serán sancionados con prisión de diez a quince años si el hecho se ejecuta: 1. Con persona que tenga menos de catorce años de edad . |

| País | Normativa |
|-----------------------------|--|
| Paraguay | Código Penal. Art. 128. Coacción sexual: Cuando la víctima del coito haya sido un menor, la pena privativa de libertad será de tres a quince años. Art. 135: 8º Se entenderá por niño, a los efectos de este artículo, a la persona menor de catorce años . |
| Perú | Código Penal: Art. 119. "Será reprimido con reclusión o prisión de seis (6) meses a cuatro (4) años el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando, ésta fuera menor de trece años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción. La pena será de seis a quince años de reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del primer párrafo hubiere acceso carnal por cualquier vía". |
| Puerto Rico | Código Penal de Puerto Rico. Art. 130, una persona comete el delito de agresión sexual si lleva a cabo un acto de penetración sexual cuando "la víctima al momento del hecho no ha cumplido 16 años ". Prisión de 50 años, pero, cuando la fémina queda embarazada, se considera un agravante y se aumenta la pena a los 65 años de prisión. |
| República Dominicana | Código Penal. Art. 331. Reclusión mayor de diez a veinte años y multa de cien mil a doscientos mil pesos cuando sea cometida contra un niño, niña o adolescente , sea con amenaza de un arma, sea por dos o más autores o cómplices, sea por ascendiente legítimo, natural o adoptivo de la víctima. Código de la Niñez y la Adolescencia Art. 396 y ss. |
| Uruguay | Código Penal. Art. 272. Violación. (Delitos contra las Buenas costumbres y el orden de la familia.) Art. 272. Violación. Comete violación el que compele a una persona del mismo o de distinto sexo, con violencias o amenazas, a sufrir la conjunción carnal, aunque el acto no llegara a consumarse. La violencia se presume cuando la conjunción carnal se efectúa: 1.- Con persona del mismo o diferente sexo, menor de quince años . No obstante, se admitirá prueba en contrario cuando la víctima tuviere doce años cumplidos. |

Fuente: Elaboración propia en base datos secundarios.

Anexo IV

Tabla 1. Protocolos de atención para operadores de justicia, servicios de salud, educación y otros, para garantizar la operatividad de las normas sobre violencia sexual contra niñas

| País | Protocolos |
|--------------------|--|
| Argentina | <ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Ministerio de Salud de la Nación. 2011 2. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Abril 2015. |
| Bolivia | Protocolo de atención a víctimas de violencia para el Ministerio Público, a nivel nacional, con escaso o nulo nivel de aplicación. Año |
| Brasil | Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 2015. |
| Colombia | Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual Promoción y Prevención. Enero 2011. |
| El Salvador | <ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos y Procedimientos de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual.. (validado por instituciones del sector Justicia y de Salud). 2010 2. PGR- Protocolo de aplicación de la Ley contra la Violencia hacia las Mujeres. Año 3. Lineamientos Técnicos de Atención integral a todas las formas de violencia. Ministerio de Salud. 2012. 4. Protocolo Policial de atención inmediata a víctimas de trata de personas. PNC. División de Fronteras, Departamento de Investigaciones contra la Trata de personas. El Salvador. 2008 |
| Honduras | En la actualidad no existen Protocolos de atención en el caso de entes estatales de salud pública, las ONG que trabajan con niñas víctimas de violencia sexual tienen sus propios protocolos. |
| México | <ol style="list-style-type: none"> 1. Norma Oficial Mexicana, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. 2005. 2. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo. Año 3. Protocolo de Actuación para Quienes Imparten Justicia en casos que involucren Niñas, Niños y Adolescentes. Año 4. Compendio de Protocolos, Guías y Modelos de Atención a Víctimas del Delito. Año- 5. Protocolo para la atención de usuarias y víctimas en los Centros de Justicia para las Mujeres en México. Año. |
| Nicaragua | <ol style="list-style-type: none"> 1. Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención. Dirección General de Regulación Sanitaria. Managua: MINSA (Normativa-031)., Nov. 2009 2. Protocolo de actuación en delitos de maltrato familiar y agresiones sexuales. Febrero 2003 3. Guía para el abordaje de la violencia de pareja (MINSA y OMS), Ministerio de Salud, Departamento de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA). 2006 4. Guía para la detección y atención de Niñas, Niños y Adolescentes víctimas de explotación sexual comercial en Nicaragua, Ministerio de la familia, niñez y adolescencia. 2009. 5. Modelo de Atención Integral – MAI. 2012. |

| País | Protocolos |
|-----------------------------|---|
| Paraguay | Violencia Intrafamiliar y de Género. Manual de Atención Integral a Víctimas en el Sistema de Salud. Año. |
| Perú | <ol style="list-style-type: none"> 1. La nueva Ley N° 30364 “para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar” menciona diversos protocolos tanto para el Ministerio de Educación como para el Ministerio de Justicia. Noviembre del 2015. 2. Protocolos de atención para quienes tienen la responsabilidad de mejorar la convivencia en las escuelas. Ministerio de Educación. Primera edición. Abril 2014. 3. Protocolos de atención para los Centros de Emergencia Mujer (CEM). Año. |
| Puerto Rico | Protocolo de Intervención con Víctimas/ Sobrevivientes de Agresión Sexual en Facilidades de Salud- última revisión 2006 del Departamento de Salud de Puerto Rico - Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAAV)- |
| República Dominicana | Modelo de Gestión para las Unidades de Atención Integral a Víctimas de VG, VI y Delitos Sexuales. Cuenta con un protocolo para asegurar la atención eficaz a niños, niñas y adolescentes víctimas y testigos. Año. |
| Uruguay | <ol style="list-style-type: none"> 1. Educación: Mapa de Ruta de atención en situaciones de violencia en Enseñanza Media (Liceo y Bachillerato). 2010. 2. Mapa de Ruta para detectar abuso sexual y maltrato a niños, niñas en la escuela. (3 a 11 años). 2013.- 3. Protocolo de actuación Salud Pública y Poder judicial 2014 - 4. Decreto 293/2010 Reglamenta la Ley de salud sexual y reproductiva. Jerarquiza las situaciones de Violencia Doméstica en la atención del equipo. 2010. 5. Decreto 367/2011 Prestaciones de Salud mental- Instrumenta intervención en situaciones de VD y en caso de niños, niñas y adolescentes en situaciones de Maltrato y abuso. 2011. 6. Pauta para el abordaje a situaciones de violencia sexual en servicios de salud de urgencia y emergencia (una para infancia y adolescencia y otra para adultas. Año. 7. Guía de Procedimiento Policial. Se crea sistema de gestión Policial, con registración de las denuncias de VD y hechos que se vinculen. 2012 |

Notas:

Argentina: 1) El Protocolo Nacional dirigido al personal de salud fue concebido como una herramienta con perspectiva de derechos, cuyo objetivo es evitar que se vuelva a victimizar a quienes pasan por una situación de abuso sexual. existen protocolos en 12 provincias: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Santiago del Estero, Neuquén y Tucumán. 2) Incluye procedimientos para la interrupción legal en casos de violación.

Brasil: La Norma Técnica integra una das ações do Programa Mulher Viver sem Violência lançado em 13 de março de 2013 pela Presidência da República, coordenado pela SPM/PR – Secretaria de Políticas para as Mulheres, com a parceria do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde. É um protocolo de organização e operacionalização da atenção à saúde de mulheres e adolescentes que tenham sofrido violência sexual.

México:

Uruguay: En abril 2015, la Directora de INAU hizo declaraciones públicas de INAU manifestando la necesidad de un protocolo o guía para abordar el embarazo de niñas y adolescentes. Asimismo, desde la sociedad civil se reporta que a pesar de contar con protocolos, éstos no se operativizan satisfactoriamente para las usuarias.

Fuentes: 1) http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009; 2) http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/ModeloIntegrado_para_Prevenicion_Atn_Violencia_familiar_y_se.pdf; 3) http://www.sitios.scjn.gob.mx/codhap/sites/default/files/archivos/paginas/protocolo_infancia_2da_version.pdf; 4) http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Compendio_de_protocolos; 5) http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/vidasinviolencia/sites/default/files/pdfs/sistema_nacional/modelos/atencion/ProtocoloAtencionCJM%5B1%5D.pdf

Anexo V

Organismos privados que atienden o albergan a niñas embarazadas

| PAISES | ORGANISMOS E INSTITUCIONES |
|--------------------|---|
| Argentina | No se dispone de registros oficiales de estas entidades. En general existen en las mayores ciudades del país y están dirigidos por la Iglesia católica, con una fuerte impronta de recorte a los derechos reproductivos y autonomía de las mujeres: Ej.GRÁVIDA: Centro de Asistencia a la Vida Naciente (Propuesta de la Iglesia que se repite en 17 diócesis, a partir de la de San Pedro, Buenos Aires) y Hogar Nazareth. |
| Bolivia | En el sector Privado, se cuenta con las instituciones especializadas, como MARIE STOPES (población mayor de 13 años); Save the Children y CIES, que brindan una atención en salud Sexual y Reproductiva, además de contar con Consejería y apoyo a Adolescentes con un equipo interdisciplinario y médico especializado. |
| Brasil | Sin datos |
| Colombia | <ol style="list-style-type: none"> 1. FUNDEA: Organización que atiende adolescentes embarazadas de estratos 1, 2 y 3, y a sus familias, de diferentes zonas de Bogotá. 2. Fundación de la Madre y el Niño. 3. Centro de Apoyo para la Mujer, Ojos Tiernos. |
| El Salvador | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar Maria Guadalupe: Tiene como finalidad ofrecer una ayuda integral a este tipo de adolescentes embarazadas en situación de riesgo. 2. Fundación para la Niñez Maltratada en El Salvador (Fundación Amor) : La finalidad primordial de esta entidad, es trabajar en la prevención y atención de la niñez en alto riesgo social, que han sido abusadas sexualmente. 3. SAVE THE CHILDREN: Es una institución privada, sin ánimo de lucro, plural e independiente. Su objetivo fundamental es la defensa activa de los intereses de los niños y las niñas y, particularmente, de los más vulnerables y desfavorecidos. 4. VISIÓN MUNDIAL: Orienta su trabajo para lograr un impacto en la niñez y adolescencia. Basado en el desarrollo evolutivo de la niñez, iniciando el cuidado y salud de la mujer embarazada...5) Intervida Educo - Plan internacional |
| Honduras | No hay un registro exacto de cuantos organismos privados trabajan con niñas embarazadas. Existen a nivel de Iglesias y algunos organismos como Médicos Sin Fronteras que maneja un proyecto específico para niñas embarazadas desde hace 3 años. La responsable de la Dirección Nacional de la Niñez Adolescencia y Familia (DINAF), afirmó en agosto 2015 que se hará un mapeo a fin de detallar cuántas organizaciones laboran con menores, cuál es la actividad que desarrolla y cuántos niños hay en cada centro. |

| PAISES | ORGANISMOS E INSTITUCIONES |
|------------------|--|
| México | <ol style="list-style-type: none"> 1. Centro de Ayuda a la Mujer (http://www.comiteprovida.org/programas-educativos/centrodeayudamujer.htm); 2. Casa Hogar Las Mercedes- Propósito: Casa hogar para madres adolescentes y adolescentes en riesgo de drogadicción, explotación sexual y embarazo fortuito. Se les prepara laboralmente para reintegrarlas a la comunidad. Apoyo en educación hasta nivel universitario. Asistencia psicológica para ayudarles a recobrar su niñez y adolescencia. Trabajo con VIH, ITS. Atención ginecológica y de Perinatología en el Instituto Nacional de Pediatría y en el Hospital Infantil de México. 3. VIFAC A.C. Misión: Atender y capacitar a la mujer en estado vulnerable durante el embarazo, ofreciéndole alternativas para su desarrollo. Visión: Estar al alcance de cualquier mujer que enfrenta un embarazo inesperado, teniendo presencia en todo el país. (http://vifac.org/) - 4. Yoliguani I.A.P. (http://yoliguani.org/) Se anuncia como un hogar donde la adolescente puede vivir durante el embarazo con el hijo y donde recibirá "Alimentación – Atención gratuita y confidencial; Atención médica – Atención psicológica; Capacitación en algún oficio" <p>Tanto el Centro de Ayuda a la Mujer (1), como el VIFAC A.C. (3), cuentan con muchos recursos y forman parte de una Federación de organizaciones antiderechos en el país (Provida), de corte muy conservador y religioso, que no sólo se oponen al aborto, sino al avance de los derechos de las mujeres y de la diversidad sexual.</p> |
| Nicaragua | <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimiento contra el Abuso Sexual 2. Centro Nicaragüense de Promoción de la Juventud y la Infancia "Dos Generaciones"; 3. CASA PARA NIÑAS Y MADRES ADOLESCENTES INPRHU; 4. Centro de Mujeres IXCHEN; 5. Asociación Quincho Barrilete; 6. Aguas Bravas; 7. Inhijambia; 8. Asociación Movimiento de Mujeres "Nidia White", con sede en Puerto Cabezas; 9. Casa Alianza |
| Panamá | <p>Los hogares que trabajan con niñas embarazadas son de corte religioso, se trabaja principalmente con adolescentes mayores de 14 años. Hay un programa con una Organización llamada Voces Vitales que se llama Las Claras que trabaja con 20 adolescentes, madres adolescentes y sus hijos, para mejorar sus habilidades sociales y poder reintegrarse a la vida educativa o laboral.</p> |
| Paraguay | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar Rosa María, del Centro Católico Nuestra Señora de la Asunción. Ubicado sobre las calles Del Maestro y Reclus, en el barrio Recoleta de la ciudad de Asunción. Funciona desde el año 2003; 2. Hogar Maternal Andrés Gubetich, dependiente de la Cruz Roja Paraguaya. |

| PAISES | ORGANISMOS E INSTITUCIONES |
|-----------------------------|---|
| Perú | <p>Las entidades privadas que brindan servicios y atención a situaciones de embarazo infantil y adolescente, están vinculadas a la Iglesia Católica, que los sostiene con convenios con el INABIF:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar del Buen Pastor , Congregación Nuestra Señora de la Caridad del Buen Pastor, Cuzco; 2. Hogar para adolescentes madres “Reina de la Paz”; 3. Casa Estancia DOMI – INABIF – Lima; 4. Hogar para Niñas “Rosa María Checa” – Lambayeque, Chiclayo; 5. Hogar San José – Arequipa. 6. ONG Paz y Esperanza - Huánuco- Trabaja en conjunto con el MINDES para conducir la Casa del Buen Trato Hovde, fundada hace 13 años. Ésta cuenta con Resolución del MIMDES, desde el 2011. Brinda servicio legal y se encarga de la defensa legal gratuita a las víctimas. |
| Puerto Rico | No se reportan |
| República Dominicana | Profamilia |
| Uruguay | Suelen ser organizaciones de Sociedad Civil en convenio con Estado (INAU). |



Con el Apoyo de:
SIGRID RAUSING TRUST