



EMBARAZO INFANTIL EN URUGUAY

APORTES PARA LA AGENDA

AMNISTÍA
INTERNACIONAL





EMBARAZO INFANTIL EN URUGUAY APORTES PARA LA AGENDA

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. SITUACIÓN DEL EMBARAZO INFANTIL EN URUGUAY.....	4
3. MARCO NORMATIVO.....	9
4. PRINCIPALES POLÍTICAS PÚBLICAS.....	11
5. ALGUNAS PREGUNTAS PRELIMINARES.....	16
6. REFERENCIAS.....	19

Imagen de tapa: "Tejido social - Vivan las mujeres"

Ilustración de Isabel Gómez que forma parte de la muestra *Vivan las mujeres* de Amnistía Internacional México y Galería Vértigo, coordinada en Uruguay por Caro Curbelo y la Dirección Nacional de Cultura del MEC.

Agradecemos a Isabel Gómez por cedernos el uso de su ilustración en este documento.

Niñas, no madres

Campaña global de Amnistía Internacional

ninasnomadres.org

1

INTRODUCCIÓN

El embarazo infantil es, ante todo, una situación que vulnera gravemente los derechos de las niñas. Desde una perspectiva de derechos humanos, una niña que queda embarazada, independientemente de las circunstancias o razones, es una niña cuyos derechos quedan menoscabados.¹ La violación del derecho a una vida libre de violencia, a la salud y educación entre otros; son causa y consecuencia de esta problemática.

En primer lugar, el embarazo en niñas está fuertemente relacionado con la interseccionalidad de la discriminación que muchas de ellas experimentan. En todas las regiones del mundo, las niñas rurales empobrecidas y con una educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas que las niñas urbanas, de un nivel socio-económico más alto y educadas. Las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginalizado, que no tienen opciones, o que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluida la información y el acceso a servicios sobre anticonceptivos, también son más proclives a quedar embarazadas.²

En segundo lugar, los embarazos en niñas de menos de 15 años se vinculan, la mayoría de las veces, a abuso o coerción. La situación es más compleja cuando el abuso ocurre en el seno intrafamiliar, atendiendo a todas las consecuencias psicológicas que sufre la niña: las personas que debían protegerla fueron responsables o cómplices del abuso, o la acusan por denunciarlo. La impunidad para los casos de violencia sexual contra niñas suele ser una constante en la región.

Por otra parte, no es fácil establecer la magnitud exacta de las situaciones de abuso o coerción, dado que en los casos en los que la adolescente indica haber “consentido” tener relaciones sexuales, lo hace sin tener claro a qué está accediendo, ni las

potenciales consecuencias. Esto refuerza el rol clave que juega el sector educativo en la prevención de la violencia y del abuso sexual a partir de la educación sexual integral.³

Esta situación está directamente relacionada con el derecho a elegir ser madre o no. En el caso de las niñas de menos de 15 años, es difícil afirmar que el embarazo es el resultado de una decisión deliberada. En general, es el resultado de la ausencia de poder de decisión y de circunstancias que están fuera del control de la niña. El embarazo a temprana edad refleja el menoscabo de las facultades, la pobreza y las presiones de pares, familia y comunidad. Y en demasiados casos, es el resultado de la violencia y la coacción sexual. Las niñas que tienen poca autonomía, particularmente, las que son forzadas al matrimonio, tienen poco poder de decisión sobre si quieren quedarse embarazadas o cuándo.⁴

En tercer lugar, la maternidad en adolescentes y niñas con menos de 15 años implica mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal, y nacimientos de bajo peso.⁵ El riesgo de muerte materna en madres de menos de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores, y este grupo más joven también sufre tasas considerablemente más altas de fístulas obstétricas que las más grandes. Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto.⁶

El abordaje de tan compleja problemática exige sin duda políticas y medidas integrales que incluyan una fuerte apuesta a derechos sexuales y reproductivos, pero que también actúen sobre las dinámicas de base cultural que naturalizan la violencia hacia las niñas y las desigualdades que subyacen sobre todo en la construcción de sus proyectos de vida. Amnistía Internacional plantea que, incluso cuando los gobiernos elaboran programas de salud reproductiva y les asignan recursos, el impacto suele ser limitado, porque no se abordan las barreras estructurales que impiden el acceso a esos servicios y que se requieren medidas

para combatir la discriminación y la desigualdad que se hallan tras éstas.⁷

En 2017 Amnistía Internacional ha lanzado una campaña regional llamada Niñas no Madres, en colaboración con Planned Parenthood Global, GIRE y CLACAI, que tiene por objetivo llamar la atención sobre las graves consecuencias que los embarazos forzados en la niñez dejan en la vida de las niñas. Esta campaña busca generar información confiable sobre la situación de las niñas en América Latina y el Caribe que permita comprender cabalmente el problema.

En el marco de esa campaña, Amnistía Internacional está iniciando un proceso de investigación en Uruguay, para entender las diferentes aristas de esta problemática en el país, los avances y desafíos. Este documento presenta información preliminar sobre el estado de situación en el país y plantea algunas de las preguntas claves sobre la temática, sobre las cuales queremos indagar a lo largo de 2018, con el objetivo de tener un diagnóstico claro de las violaciones de derechos humanos relacionadas al embarazo infantil y recomendaciones concretas al Estado.

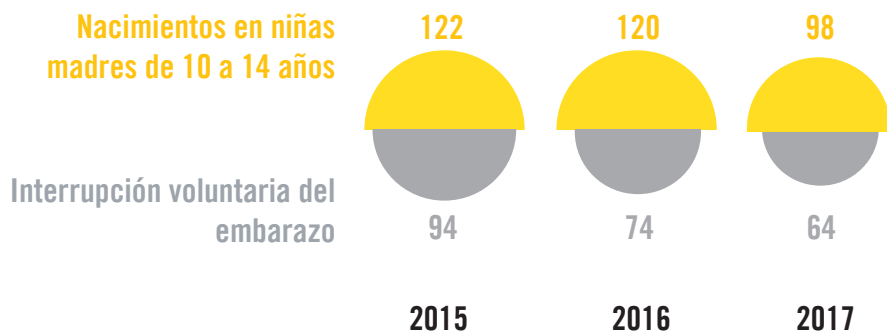
2

SITUACIÓN DEL EMBARAZO INFANTIL EN URUGUAY

La realidad de las niñas que viven embarazos y maternidades forzadas en Uruguay aún no ha sido fuertemente visibilizada. Hasta la fecha, se cuenta con diversos estudios e investigaciones que reflejan la situación del embarazo no intencional en adolescentes, principalmente entre los 15 y 19 años de edad. Sin embargo, se cuenta con muy poca información sobre la situación de niñas y adolescentes entre los 10 y 14 años.

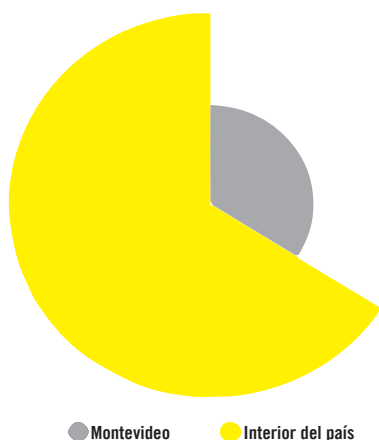
Una combinación de factores sociales, económicos, culturales, subjetivos y territoriales inciden en el comportamiento sexual y reproductivo de mujeres y varones, pero el embarazo no intencional y la transición a la maternidad en la adolescencia engloba diversas situaciones según cada tramo de edad.

A diferencia de lo que ocurre en la franja etaria de 15 a 19 años, donde se registra una incidencia importante de embarazos debido a la iniciación sexual temprana⁸, en el tramo de 10 a 14 años es posible afirmar que se generan en su mayoría producto de la violencia sexual, ejercida por integrantes de la familia (abuso sexual incestuoso), conocidos, vecinos, o extraños.⁹



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas vitales y datos IVE (MSP, 2018)

En 2016, en Uruguay se registraron 120 nacimientos de niñas menores de 14 años de edad o menos y 74 interrupciones voluntarias del embarazo, lo que corresponde a un 0,8% del total de abortos para dicho año.¹⁰



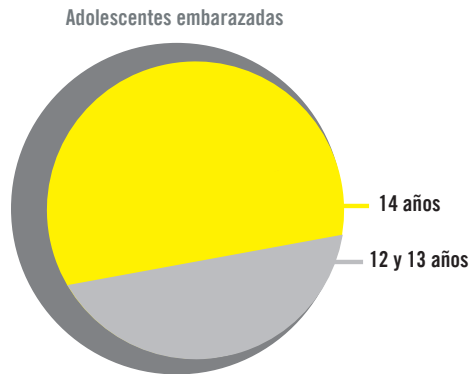
Entre las 120 niñas, un 34% residía en Montevideo, mientras que el 66% restante corresponde al interior del país. Los departamentos que presentaron una mayor cantidad de casos son Artigas, Canelones, Cerro Largo, Salto y Tacuarembó. Por otra parte, casi en un tercio de estas situaciones se realizaron 5 o menos controles prenatales a lo largo del embarazo (MSP, 2016).

Esto último puede estar reflejando detecciones tardías y/o ocultamientos de los embarazos, que no llegan oportunamente a control en los servicios de salud.

Los datos para el año 2017 indican un descenso de los nacimientos en esta franja etaria, que se condice con una baja de la tasa de fecundidad de las mujeres en varios grupos etarios, entre ellos la adolescencia. Según cifras preliminares del MSP, 98 niñas en este rango de edad fueron madres. Esta baja parecería no responder a un aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo dado que para quienes son menores de 15 este indicador también presenta un descenso, respecto al año 2016. En 2017, se presentaron 64 casos de IVE, 10 situaciones menos respecto al año anterior.¹¹

Si bien en comparación con la totalidad de los embarazos adolescentes este número puede resultar reducido, desde la perspectiva de derechos humanos cada situación de embarazo en niñas cuenta y preocupa especialmente, porque refleja una situación de extrema vulneración de derechos y por la alta exposición a la violencia, y las consecuencias que esto conlleva.

Por otra parte, el Programa de Acompañamiento Territorial de Uruguay Crece Contigo atendió durante el año 2017 a un total de 107 adolescentes embarazadas o referentes de niñas menores de 14 años.



De éstas, 80 correspondieron a adolescentes embarazadas, 66 de ellas de 14 años y 14 adolescentes de 12 y 13 años.

Los departamentos que más situaciones de acompañamiento concentraron fueron Canelones, Montevideo y Salto, respectivamente.¹²


Estos datos resultan interesantes de destacar, toda vez que indicarían que dicha política alcanza gran parte de las situaciones que registra el país y, junto con contribuir a avanzar en la garantía de derechos de estas niñas, pueden favorecer su acceso a otros recursos y servicios y aportar conocimiento específico respecto de las características y dinámicas implicadas en esta problemática.

A su vez, desde la perspectiva de salud perinatal, la situación da cuenta de problemáticas específicas dado que, en Uruguay, “respecto a la prematurez, las/os hijas/os de madres de 10 a


14 años son un 13,1%, mientras que los de madres de 15 a 19 años representan un 10,1% y a nivel del país es del 9,1%. Respecto a la mortalidad neonatal se observa una tasa mayor en las adolescentes de 10 a 14 años, que en 2015 ascendió a 16,4 por mil nacidos vivos, mientras que en las mujeres de 20 a 34 fue de 2,9 por mil nacidos vivos”.¹³



Los datos sobre abuso sexual infantil en Uruguay son fragmentados y refieren únicamente a aquellas situaciones denunciadas y/o que están siendo atendidas. En 2016, el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) registró un total de 2375 situaciones de violencia hacia niños y niñas, de las cuales 475 -el 20%- refieren a abuso sexual.

 En línea con la tendencia a nivel internacional, 3 de cada 4 situaciones ocurrieron a niñas y adolescentes.

9 de cada 10 agresores son hombres (95%).¹⁴ 

 Del total de situaciones registradas y atendidas en niños y niñas entre 6 y 12 años de edad, uno de cada cinco refirió a un caso de abuso sexual.

Del total de situaciones en adolescentes entre 13 y 17 años, el porcentaje es mayor: 1 de cada 4 casos.¹⁵

Además, según datos del SIPIAV en la totalidad de las situaciones de abuso sexual, 8 de cada 10 víctimas habían sufrido esta forma de violencia de forma recurrente, registrándose una vivencia sistemática y extendida en el tiempo, cuando fueron detectados por el sistema de protección.

La explotación sexual comercial es otra de las formas de violencia a la que están expuestas las niñas, y que constituye otra de las aristas a tomar en cuenta en la complejidad del tema que nos ocupa. En Uruguay, entre los años 2010 y 2017, fueron indagadas 127 personas en el marco de la ley que pena las distintas modalidades que comprende esta forma de explotación. De ellas, 84 fueron procesadas y 43 resultaron condenadas. El 83 % de los autores es de sexo masculino y el 70% de ellos no posee una relación de parentesco con los niños, niñas y adolescentes.¹⁶

Por otra parte, en el año 2016 los equipos del dispositivo del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) que atienden estas situaciones, registraron un total de 333 casos, entre sospechas y situaciones confirmadas.¹⁷

Para poder dar cuenta de las características que tiene el embarazo y la maternidad infantil en la franja entre 10 y 14 años y hacer una composición de toda la problemática a nivel nacional, aún se precisa construir más información desde los actores institucionales y de la sociedad civil intervinientes. La inexistencia de datos desagregados que permitan comprender cómo se llegó a dicho embarazo y si la niña o adolescente recibió el cuidado y la protección adecuada; así como la escasez de información sobre las características principales de los embarazos, son solo una parte del escenario nacional sobre la problemática sobre la que vale la pena trabajar.

3

MARCO NORMATIVO

La comprensión de la situación de embarazo infantil en Uruguay debe situarse también desde el marco normativo que lo contiene. En las últimas décadas, el país ha asumido una serie de compromisos internacionales en materia de derechos humanos y ha promulgado a nivel nacional algunas leyes que dan sostén a dicha temática.¹⁸

Uruguay cuenta en su normativa con varios instrumentos que permiten proteger los derechos de las niñas y adolescentes y abordar las situaciones de embarazo infantil.

La protección a la infancia y a la adolescencia queda recogida en el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) (ley n°17.823), entendido como la adecuación de la legislación nacional a los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Es allí donde se reconocen todos los derechos, deberes y garantías de los niños, niñas y adolescentes.

La ley n°18.426 (2008) de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva obliga al Estado a garantizar las condiciones para el ejercicio de dicho derecho y establece el diseño de programas y servicios para la atención de los mismos. De modo complementario, la ley n°18.987 (2012) de Interrupción Voluntaria del Embarazo, constituye un hito en el tema, por cuanto habilita el acceso de todas las mujeres embarazadas a este servicio, hasta las doce semanas de gestación y catorce semanas en casos de violación acreditada con constancia de denuncia judicial.

Más allá de la lectura desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos, importa enmarcar la problemática de embarazo infantil en la violencia contra las niñas. En este sentido, la actual Ley Integral de Violencia Basada en Género, ley n°19.580

(2017), efectiviza en primer lugar, el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia.¹⁹ En particular, resuelve algunas dificultades de el Código Penal, ya que tipifica de los delitos de abuso sexual y asociados, dispone la imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra niñas, niños y adolescentes y redefine el consentimiento en las relaciones. Esto es, dicho Código establecía en su art. 272 que a partir de los 12 años una adolescente podía consentir una relación sexual con un adulto. La ley N° 19.580 agrega en el Código Penal respecto a las relaciones consensuadas en personas mayores de 12 años que esto es “siempre que no exista entre ambas una diferencia mayor a diez años”.²⁰

Además, eleva la pena mínima a dos años de penitenciaría para casos de abuso sexual. El nuevo marco pone el foco en la asimetría, alude a diferencias de edad y contextos de coerción y establece que “es violencia sexual la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder”.²¹

4

PRINCIPALES POLÍTICAS PÚBLICAS

Las políticas nacionales en el tema suscriben a la comprensión del embarazo infantil como una expresión de violencia hacia las niñas.

La Estrategia Interinstitucional de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes enfatiza el carácter inaceptable de dicha situación y lo que implica el pasaje abrupto de ser niña a ser mujer en la fragilidad de la vida emocional y física

“...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. 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”²²

Así como la comprensión de la temática tiene dos abordajes desde el eje de la salud sexual y reproductiva y desde el de la violencia, de forma similar ocurre con las principales políticas que abordan la realidad de adolescentes y niñas embarazadas.

En el caso de Uruguay, acompasando con la legislación nacional sobre el tema, se despliegan programas de salud que procuran garantizar el acceso universal e igualitario a la salud sexual y reproductiva con énfasis en los grupos más vulnerables. El

Ministerio de Salud (MSP) desarrolló una serie de Guías de Salud Sexual y Reproductiva y de Anticoncepción, en las que se explicitan que los servicios deben asegurar a las personas usuarias un conjunto de componentes articulados en un plan de anticoncepción.

El decreto 293/010 obliga a todas las instituciones de salud a contar con servicios de salud sexual y reproductiva y con equipos de referencia.²³ Actualmente, de acuerdo al relevamiento realizado por ASSE, en el sistema público de salud existen 35 servicios de salud sexual y reproductiva y 70 equipos de IVE funcionando.²⁴

Respecto a algunas prestaciones específicas que garantizan el ejercicio de derechos en salud sexual y reproductiva, todos los prestadores de salud públicos y privados deben ofrecer una canasta de prestaciones en anticoncepción, gratuita o de bajo costo, que incluyen preservativos, anticonceptivos orales, métodos de emergencia, colocación de DIU, incluyendo a las y los adolescentes que consultan. Más recientemente, el MSP ha comenzado a distribuir implantes subdérmicos de manera gratuita a distintos efectores de salud públicos como ASSE, el Hospital Militar, el Hospital Policial y el Hospital de Clínicas, incluyéndolo también en la canasta básica de anticonceptivos de las instituciones privadas.

En 2016, a efectos de poder llegar de forma más cercana a la población adolescente, el MSP lanzó una aplicación móvil “Gurú del sexo”, un producto que busca acercar a ese grupo de la población información sobre salud, sexualidad y derechos.

Desde el punto de vista de la educación Uruguay actualizó en el 2017, a través del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP), una guía para tratar la educación sexual en sus centros educativos. La guía tiene como marco la ley n°18.437 y propone a la escuela como el ámbito privilegiado para derribar los estereotipos y creencias sobre la sexualidad, el cuerpo y la reproducción y

tiene por objetivo brindar orientaciones y herramientas teóricas y metodológicas a los docentes. Sin embargo, ha contado con una fuerte resistencia a su implementación por parte de los sectores más conservadores de la sociedad.

La problemática del embarazo en la adolescencia ha sido incorporada como un aspecto central dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 que se ha trazado el Ministerio de Salud. Allí se destaca como una de las prioridades la reducción del embarazo no intencional en adolescentes; tema que ha sido abordado en el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020 mediante el compromiso y voluntad de diseñar e implementar una “Estrategia Intersectorial y Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes”.²⁵

La Estrategia parte del reconocimiento que el embarazo no intencional en adolescentes en Uruguay es una expresión y consecuencia de desigualdad y segmentación social. Se constituye como una acción intersectorial amplia y articuladora de objetivos y metas para la prevención del embarazo desde una óptica integral que aborde el desarrollo social, el empleo, la vivienda, la salud y la educación, entre otros.

En lo que refiere al eje de violencia, Uruguay cuenta con dos mecanismos interinstitucionales sobre esta problemática: el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica y el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). En 2016, el primero de ellos, lanzó el Plan de Acción 2016-2019: “Por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional”, en el que se enmarcan las acciones específicas sobre el fortalecimiento del marco normativo y del sistema interinstitucional de respuesta a la violencia basada en género.

En el nivel territorial, el SIPIAV cuenta con 27 Comités de Recepción Local (CRL) distribuidos en los 19 departamentos, compuestos interinstitucionalmente por las áreas de educación,

salud, desarrollo social, infancia y adolescencia y seguridad. Estos son los encargados de trabajar en la detección de situaciones de violencia y en la protección de las niñas y niños víctimas.²⁶

Por otra parte, se incluyen las medidas de atención y protección de los derechos de las niñas y adolescentes embarazadas y madres en el sistema educativo formal. Desde 1999 el Consejo de Educación Secundaria estableció el “apoyo a estudiantes embarazadas”, que busca favorecer la permanencia de las adolescentes, mediante beneficios especiales en las asistencias, las inscripciones y facilidades para el rendimiento de exámenes.

Respecto de acompañamiento a la maternidad, las propuestas son escasas e insuficientes y no forman parte de la oferta regular de políticas de infancia. No obstante, se registran dos proyectos llevados a cabo por sociedad civil en convenio con INAU y que trabajan con madres adolescentes y sus hijos de forma diurna en dos zonas de Montevideo (Cerro y Piedras Blancas); a lo cual se suma un centro del sistema de protección de tiempo completo de INAU, dirigido a esta población, pero en situaciones donde las adolescentes están privadas de un entorno de cuidado familiar.²⁷

Otras políticas y servicios:

- Comisión Nacional para la Reducción de la Muerte Materna (MSP)
- Comisión Nacional Asesora en SSyR (Creada en 2004 y ampliada en 2010)
- Espacios de salud adolescente (Todos los prestadores de salud del SNIS)
- Equipos de Referencia en violencia doméstica y violencia sexual en todos los prestadores del SNIS con capacidad de respuesta hacia los/as adolescentes. (MSP)
- Grupos de embarazadas (salas de encuentro, grupos de crianza, preparación para el nacimiento y parto.) (ASSE)
- Mecanismo de articulación de la Ley 18.426 de SSyR entre el

MSP, ANEP, MIDES, y MEC con apoyo de UNFPA.

- Plan Aduana (ASSE).

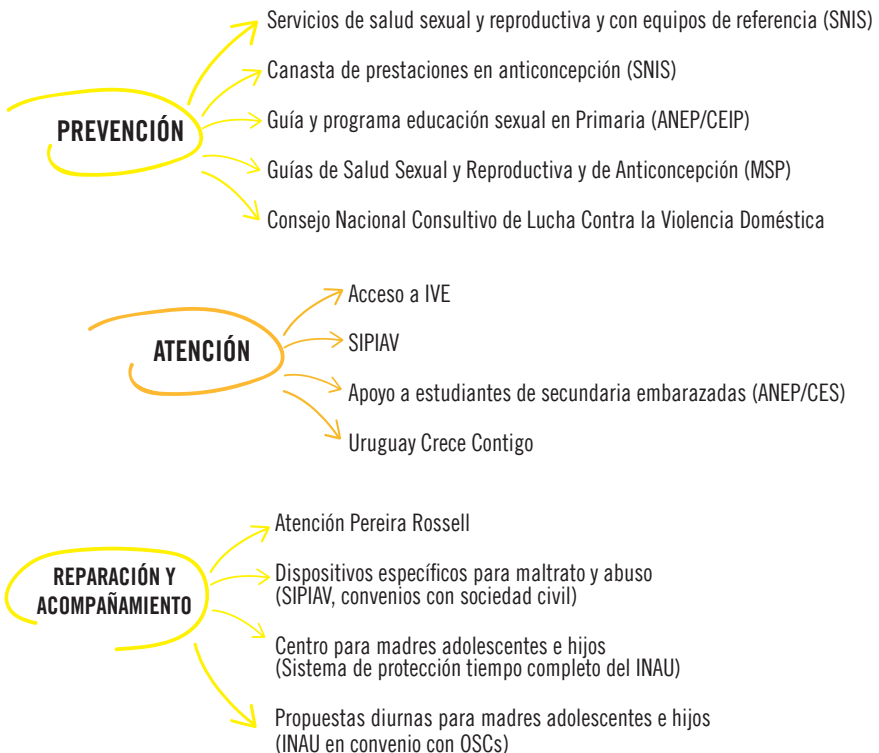
- Programa Salud de la Niñez, Programa Salud Adolescente y joven, Programa Salud Sexual y Reproductiva, Programa violencia de género y generaciones. (MSP).

- Programa Uruguay Crece Contigo (MIDES)

- Protocolo preliminar para el abordaje del sector salud a situaciones de abuso y maltrato en niñas/os y adolescentes. (MSP)

- Sala de Adolescentes del Centro Hospitalario Pereira Rossell (ASSE).

Síntesis principales políticas vinculadas a la temática



5

ALGUNAS PREGUNTAS PRELIMINARES SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL EMABARAZO EN NIÑAS EN URUGUAY

A partir del relevamiento realizado, en Uruguay se identifican diversos temas sobre los cuales Amnistía Internacional considera que es importante profundizar más:

- ¿Son adecuadas y suficientes las medidas de prevención, protección y acceso a la justicia para niñas sobrevivientes de violencia sexual?

Las medidas de prevención deberían incluir, entre otras:

- a. Mecanismos de detención y acción temprana de violencia sexual
- b. Educación sexual integral
- c. Campañas de erradicación de estereotipos

Las medidas inmediatas de protección deberían incluir, entre otras:

- d. Separación del agresor
- e. Acceso a anticoncepción oral de emergencia
- f. Servicios ginecológicos para detectar posibles ETS o embarazos
- g. Interrupción segura del embarazo

Las medidas para garantizar el acceso efectivo a la justicia debería incluir, entre otras:

- h. Delitos efectivamente investigados (con perspectiva

de género, donde las víctimas son tomadas en serio y son respetados los estándares de debida diligencia y protección de niñas)

i. Sanciones efectivas y proporcionadas

- ¿Existe una adecuada articulación en los abordajes de las temáticas de salud sexual y reproductiva, violencia de género y generaciones y políticas de infancia para tratar la problemática del embarazo en niñas? ¿Existe suficiente énfasis y recursos en la prevención y reparación del abuso sexual infantil y del embarazo infantil y promoción de acciones de prevención y reparación integral? ¿Y ante las situaciones de explotación sexual comercial?
- ¿La educación sexual integral actual incluye suficientes herramientas para prevenir la violencia sexual infantil? ¿Es visto y está siendo usado como un mecanismo clave de prevención y detección temprana y hay protocolos de acción para proteger a las niñas cuando se detecta que está siendo víctima de violencia sexual?
- Concepciones en torno al embarazo infantil o más puntualmente, énfasis en la comprensión de causas y alcances de la problemática: ¿Es siempre/la mayoría de las veces un embarazo forzado (y por ende puede constituir una forma de tortura u otros tratos crueles, inhumanos y degradantes)? ¿Es siempre una vulneración de derechos de las niñas y está siempre vinculado a la violencia sexual contra ellas?
- ¿Qué rol tienen las concepciones culturales sobre el rol de las niñas en la sociedad y en la familia? ¿Cuántos embarazos corresponden a “relaciones de parejas” entre niñas y adolescentes con hombres mayores? ¿Está eso naturalizado por la sociedad/ sectores de la sociedad, así como la posibilidad de un hijo en ese marco?
- ¿Las niñas/ algunas niñas consideran las relaciones de pareja

con hombres mayores como un proyecto de vida posible? ¿Qué rol tienen su situación de asimetría y vulnerabilidad en esta concepción? ¿Cómo dialoga esto con el concepto del “interés superior de la niña”?

- ¿Qué herramientas tienen las instituciones y la sociedad en general para discutir estas situaciones en un marco de DDHH?
- ¿Existen barreras de implementación para la ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo que afectan particularmente a las niñas de 10 a 14 años? (más allá de las barreras comunes de implementación que las incluyen). ¿Cuáles y cómo se superan?
- ¿Cómo dialoga el derecho de la niña a ser oída cuando ella expresa su voluntad de continuar con el embarazo con los factores culturales y estructurales de discriminación? Esto pone sobre la mesa la necesidad de entender mejor cómo operacionalizar el derecho a ser oído, consagrado por la Convención sobre los Derechos del Niño y el principio de autonomía progresiva en casos de niñas embarazadas; incluyendo las condiciones que deben garantizarse para la protección integral de las niñas, teniendo en cuenta que siempre debe regir el principio de interés superior.
- En el sector salud, una vez que se ha detectado el embarazo, ¿las niñas y adolescentes tienen acceso a los controles, servicios y seguimiento de los equipos de salud como ocurre en los demás rangos etarios? ¿Se considera los riesgos específicos que conlleva el embarazo en niñas, incluida en su salud mental?
- ¿Existen respuestas específicas y adecuadas para contener a lxs niñxs nacidos de estas madres menores de 15 años, de manera tal que no se amplifiquen las vulneraciones una vez que nacen?

6

REFERENCIAS

1. UNFPA Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, 2013, p iii. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay
2. UNFPA Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, 2013, p.6 www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context
3. UNFPA Paraguay, JOPARE, Julio 2013, www.unfpa.org.py
4. UNFPA Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, 2013, P.6 <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context>
5. UNFPA Paraguay, JOPARE, Julio 2013, <http://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub>
6. UNFPA Estado de la población mundial. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, 2013, P.6 <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context>
7. Amnistía Internacional, Hacer realidad los derechos sexuales y reproductivos. Marco de Derechos Humanos (Index: ACT 35/006/2012).
8. Según datos de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (2013), la edad promedio de iniciación sexual de las adolescentes es a los 16.5 años, la cual se reduce alrededor de un año en los quintiles más bajos.
9. CLADEM. Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Asunción, 2016
10. MSP, Estadísticas Vitales y datos IVE, 2016.
11. MSP, Datos preliminares, marzo 2018.
12. Uruguay Crece Contigo/Mides, datos proporcionados por el programa de acompañamiento territorial, 2018.
13. Presidencia de la República (2017) Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Documento Fase 1. Montevideo. p 16.
14. SIPIAV, Informe de Gestión, 2016, www.inau.gub.uy/index.php/component/k2/item/1944-sipiav
15. SIPIAV, Informe de Gestión 2016, www.inau.gub.uy/index.php/component/k2/item/1944-sipiav
16. Unicef Uruguay, Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay, 2017, p.32
17. Unicef, Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay, 2017
18. Entre los mandatos internacionales ratificados por Uruguay se destacan: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1946), la Convención sobre

la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención do Belém do Pará) (1994).

19. Igualmente, dicha normativa recoge la temática estableciendo entre otras cosas que se debe garantizar que todas las niñas, niños y adolescentes accedan a la profilaxis y tratamientos de VIH, sífilis, hepatitis y otras infecciones de transmisión sexual. Asimismo, se garantiza el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos sin requerir previa autorización de los representantes legales, así como a la interrupción voluntaria del embarazo en los términos y condiciones previstos en la legislación aplicable. (Ley 19.580)

20. Durante la etapa de discusión de la ley, desde algunas organizaciones de la sociedad civil se proponía elevar la edad de consentimiento a 15 años, pero esto no fue consensuado y recogido en la redacción final del texto aprobado.

21. Ley 19.580, art 6. www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017

22. Presidencia de la República, Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Documento Fase 1, 2017.

23. La ley n° 18.426 a través del decreto 293/010 detalla las características de los servicios de salud sexual y reproductiva los cuales deben ser universales, amigables, inclusivos, igualitarios, deben considerar a la persona en su dimensión bio-psico-social durante toda su vida, y ser multidisciplinarios, éticos, calificados y confidenciales

24. Presidencia de la República, Informe Nacional Voluntario Uruguay, 2017. www.transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/sites/default/files/bloquedocumentos/Informe%20Nacional%20Voluntario%20%E2%80%93%20Uruguay%202017.pdf

25. Esta iniciativa fue elaborada e impulsada por los Ministerios de Salud Pública, Desarrollo Social, Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas

26. Entre los 27 CRL, se cuenta con 3 dispositivos específicos en las ciudades de Artigas, Bella Unión y Maldonado; que surgen de la necesidad de contar con espacios para trabajar psicoterapéuticamente y con una mirada integral las situaciones más complejas y con sintomatología más severa, en general de abuso sexual y maltratos muy severos.

27. Los proyectos referidos son Casa Luna; Casa Upa (IPRU) y Hogar Amatista (INAU oficial)

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas, que trabajamos en favor del respeto y la protección de los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso.

Nuestro trabajo se financia principalmente con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

Amnistía Internacional | Sección Uruguay

Magallanes 1260, apto. 1005

Teléfono (598) 2403 22 27

oficina@amnistia.org.uy

 [amnistia.uruguay](https://www.facebook.com/amnistia.uruguay)

 [amnistiauruguay](https://twitter.com/amnistiauruguay)

 [amnistia.uruguay](https://www.instagram.com/amnistia.uruguay)

