AMNISTÍA INTERNACIONAL

UNIR LAS PIEZAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

ÍNDICE

Resumen ejecutivo 1

Contexto 4

Nota Metodológica 7

Antecedentes

- Marco regulatorio 8
- Acciones desde la política pública 10

Estado de situación

- Embarazo infantil en la región 14
- Embarazo infantil en Uruguay 17

Nudos críticos y nuevas preguntas 28

Recomendaciones para la política pública 30

Bibliografía 34

©Amnistía Internacional Uruguay

AMR 52/02/2021

www.amnistia.org.uy
amnistia.uruguay

AMNISTÍA INTERNACIONAL

RESUMEN EJECUTIVO

Durante el año 2020 América Latina se mantuvo como la segunda región del mundo con la tasa de fecundidad adolescente e infantil más alta (CLACAI, 2020). Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son, en una amplia mayoría, no intencionales. Una gran proporción es producto de relaciones no consensuadas, consecuencia de una situación de abuso sexual o violación (CLACAI, 2020). Un embarazo en una niña implica una combinación de vulneraciones a sus derechos humanos: la expone a situaciones de alto riesgo para su salud física, mental y emocional con consecuencias severas —inmediatas y duraderas— para su vida y su bienestar.

A pesar de la amplia evidencia sobre el tema, el embarazo infantil es una problemática invisibilizada, histórica y mundialmente. Por ello, la importancia de que los Estados lo coloquen como tema relevante en la agenda de derechos humanos. En Uruguay existen herramientas normativas que permiten abordar adecuadamente las situaciones de embarazo infantil y proteger los derechos de niñas y adolescentes. Tanto en materia de leyes como en acciones de política pública la revisión y actualización del alcance de las mismas es fundamental.

En los últimos años, la tasa de fecundidad global en Uruguay ha descendido sostenidamente. Acompañando esta tendencia, los embarazos infantiles también han disminuido de forma notoria hacia el año 2020 (MSP, 2020), mostrando el efecto de acciones de política pública. Es claro que esta tendencia coincide con la aprobación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el año 2012 (Ley N.º 18.987), evidenciando la relevancia de que los Estados garanticen la posibilidad de decisión de las niñas y adolescentes que cursan embarazos.

La captación tardía del embarazo infantil, la falta de educación sexual integral, de información sobre métodos anticonceptivos y de protección (MACyP), la invisibililzación por parte del contexto social y casos vinculados a situaciones de abuso sexual, son factores a tener en cuenta para abordar el problema. A pesar de que los nacimientos por embarazo infantil representan menos de un 1% del total, evidencian situaciones de extrema vulnerabilidad. En los últimos 5 años, 431 nacimientos han sido producto del embarazo de una niña de 14 años o menos (MSP, 2020). Estos casos son reflejo de contextos familiares y comunitarios donde los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes están siendo extremadamente vulnerados.

En términos geográficos se observa una mayor proporción de situaciones de embarazo infantil en el interior del país. El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva descentralizados en el territorio se relaciona directamente con estos números. A su vez, la información para tomar decisiones autónomas y consentidas respecto a la sexualidad requiere de una fuerte vinculación con instituciones que sean capaces de promover un desarrollo progresivo en ese sentido. Muchas veces, en regiones del interior del país, la presencia del Estado y el alcance de estas instituciones no es tan vasta.

El vínculo entre embarazo infantil y maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes es extremadamente estrecho. 3 de cada 4 personas que sufren situaciones de abuso sexual son niñas y adolescentes mujeres (SI-PIAV, 2020). La cultura del ocultamiento y la naturalización del abuso y la violencia sexual juegan un rol clave como barrera para el abordaje. El ocultamiento se refuerza por el estigma de ser víctima de estas situaciones, y tiene repercusiones negativas en la vida y trayectoria de estas niñas, con fuertes dificultades de reparación a nivel familiar y comunitario. El 61% de los niños, niñas y adolescentes que se encontraban en centros de salud mental habían requerido una medida de protección ante una experiencia de violencia o abuso en el contexto familiar (INDDHH, 2021).

La noción de autonomía progresiva y la capacidad de tomar decisiones y consentir una relación sexual son elementos claves para la definición y abordaje de los casos de abuso y explotación sexual. En contextos de derechos humanos vulnerados, debemos prestar mucha atención a los matices que este concepto puede adquirir. Además, la crisis sanitaria y social producto de la COVID-19 ha evidenciado fuertemente la multiplicidad de desigualdades que atraviesan a nuestros países y que golpean con dureza a aquellos grupos más vulnerables, viéndose particularmente afectadas las mujeres, niñas, niños y adolescentes por los diversos tipos de violencia vinculadas al hogar.

Los Estados deben realizar un abordaje integral del embarazo infantil. Solo *uniendo las piezas del puzle* se podrá mejorar su detección temprana, prevención, atención y reparación, siempre guiado por el interés superior de la niña que se encuentra en esta situación. Acercarse al tema desde la agenda de derechos humanos de la infancia debe articularse con una adecuada lectura con perspectiva de género del fenómeno. Es a través de una educación sexual integral en el sistema educativo que niñas y adolescentes toman contacto con sus derechos sexuales y reproductivos, generando herramientas para identificar posibles situaciones de abuso y cómo denunciarlas. También los servicios territoriales de atención en salud deben proporcionar información y garantía del acceso a una salud sexual y reproductiva de calidad, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo. La reparación y acompañamiento son esenciales para dar una respuesta integral que contemple un acceso eficaz, independiente y de buena calidad a la justicia, con mecanismos judiciales y administrativos de reparación digna y transformadora.

Contexto

En 2016, **Amnistía Internacional** lanzó la campaña regional Niñas, no Madres, en colaboración con Planned Parenthood Global, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) y Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro (CLACAI), que tenía por objetivo llamar la atención sobre las graves consecuencias que los embarazos en la niñez tienen en la vida de las niñas. Esta campaña buscaba generar información confiable sobre la situación de las niñas en América Latina y el Caribe que permita comprender cabalmente el problema. En este marco, en el año 2018, AI Uruguay publica el documento *Embarazo infantil en Uruguay. Aportes para la agenda.* En este documento se realizó un diagnóstico de la situación para el país y se determinaron una serie de recomendaciones de política aplicables al contexto uruguayo.

Desde entonces, AI Uruguay ha monitoreado el tema de manera continua en los Informes Anuales y, en especial, en el Capítulo Ampliado sobre el país. Si bien el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años es un tema que despierta interés público, éste parece ser bastante puntual y efímero, acompañando alguna noticia. *Niñas, no madres* se propone dar visibilidad a un problema social arraigado profundamente y busca garantizar los derechos de las mujeres y las niñas como clave para lograr sociedades más justas.

Igualdad de género y no discriminación es una de las líneas estratégicas del trabajo de Amnistía Internacional y que, en Uruguay, ha sido abordada a partir de esta campaña, además de los componentes de violencia de género, educación sexual integral y sostenibilidad de la vida y cuidados.

A pesar de que la agenda de derechos sexuales y reproductivos ha tenido grandes avances en el país, aún persisten serias dificultades y obstáculos para la prevención, abordaje y reparación en situaciones de embarazo infantil. Este informe tiene por objetivo visibilizar un problema grave de derechos humanos como es la violencia sexual hacia las niñas.

El embarazo de una niña de 14 años o menos no es otra cosa que un embarazo infantil y es, ante todo, una situación que vulnera gravemente los derechos humanos. A pesar de que las políticas nacionales en el tema suscriben a la comprensión del embarazo infantil como una expresión de violencia hacia las niñas, una niña que queda embarazada, independientemente de las circunstancias o razones, es una niña cuyos derechos quedan menoscabados, por lo que las políticas deben hacer los mayores esfuerzos para evitarlo.

¿Son adecuadas y suficientes las medidas de prevención, protección y acceso a la justicia para niñas sobrevivientes de violencia sexual? ¿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 están siendo víctimas de violencia sexual? ¿Existen barreras de implementación para la ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo que afectan particularmente a las niñas de 10 a 14 años? ¿Cuáles son y cómo se superan?

El embarazo infantil se instala, en los últimos años, como una de las principales problemáticas en la agenda de derechos humanos de los países de América Latina, en tanto visibiliza una grave vulneración a los derechos de las niñas que atraviesan esta situación. Este fenómeno es complejo, multicausal y se asocia a diversas desigualdades y violencias: socioeconómicas, de género, educativas, de oportunidades, entre otras.

La situación de embarazo en una niña es, en todos los casos, una vulneración de sus derechos y tiene un enorme impacto en sus trayectorias vitales. El derecho a la salud se ve negado si esta población no accede a información, métodos anticonceptivos[1] y a una adecuada Educación Sexual Integral. Asimismo, el derecho a vivir una vida libre de violencia es puesto en jaque en tanto estos embarazos devienen, en demasiados casos, de situaciones de abuso, donde resulta difícil y complejo dar cuenta de la capacidad de agencia y decisión por parte de las niñas. Estas situaciones de vulnerabilidad son, a su vez, resultado de coyunturas externas a la niña y donde se pone en juego el derecho a decidir ser madre o no.[2]

Se trata de una problemática social que ha estado histórica y mundialmente invisibilizada. Aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayor parte de ellas en países de ingresos medios y bajos.[3] América Latina es, además, la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años, según reporta el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en 2018.[4]

Un embarazo en una niña implica una combinación de vulneraciones a sus derechos humanos, exponiéndose a situaciones de alto riesgo con consecuencias severas para su vida y su bienestar. Cursar un embarazo y una maternidad no intencional tiene efectos inmediatos y, a la vez, duraderos. El riesgo de muerte materna en niñas menores a 15 años en países de ingresos bajos y medios es 2 veces mayor al de las mujeres mayores, y las primeras también sufren tasas considerablemente más altas de fístula obstétrica.[5] Transitar un embarazo y una maternidad forzada a edades tan tempranas causa daños irreparables a nivel biopsicosocial que puede verse agravado aún más si involucra situaciones de violencia sexual.[6] El impacto que pueden tener estas situaciones en las trayectorias vitales y la salud mental de las niñas es algo que aún no se ha estudiado en profundidad.

1 Disponible en https://bit.ly/38Grswk
2 Amnistía Internacional Uruguay, Niñas, no Madres (2018).
3 Disponible en https://bit.ly/2VcgOKX
4 Disponible en https://bit.ly/3tcyKkU
5 Disponible en https://bit.ly/2WQm1Iw
6 Ibídem.

Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son, en una amplia mayoría, no intencionales y tienen múltiples determinantes. Una gran mayoría son embarazos producto de relaciones no consensuadas, consecuencia de una situación de abuso sexual o violación (CLACAI, 2020). Según el Comité Latinoamericano y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujeres (CLADEM) las causas más frecuentes del embarazo infantil son: i) la violación sexual incestuosa o por extraños a la familia (según varios estudios las niñas de 10 a 14 años son las que en mayor medida han sido víctimas de agresiones sexuales, en la mayoría de los casos perpetrados por miembros de la familia o no familiares vinculados a la víctima); ii) las uniones de hecho o matrimonios precoces; y iii) las relaciones sexuales consensuadas: a pesar del consenso, la niña no suele conocer las consecuencias o no cuenta con la información y herramientas necesarias para prevenirlo. La falta de educación integral sobre la sexualidad, la persistencia de prácticas sociales discriminatorias, la falta de servicios de salud adaptados a las necesidades de niñas y adolescentes y la ausencia de métodos anticonceptivos asequibles y accesibles también contribuyen a este fenómeno.

En América Latina, los indicadores de fecundidad en niñas y adolescentes menores de 15 años son de los más altos del mundo. Por ello se requiere una mirada especial, no sólo por el riesgo de mayores complicaciones físicas al cursar un embarazo a tan temprana edad, sino también porque, a menor edad, mayor es la ausencia de poder de decisión en las circunstancias en las que se puede dar un embarazo, evidenciando las enormes inequidades de género que afectan a mujeres, niñas y adolescentes (CLACAI, 2019). Resulta clave plantearse el efecto que tuvo la situación de emergencia sanitaria provocada por la pandemia del Covid-19 tanto en la implementación del marco regulatorio como en las trayectorias vitales de niñas y adolescentes que se encuentran expuestas a estas violencias.

No es intención de este informe atribuir causalidades, pero sí indagar en las distintas aristas que interseccionan y habilitan esta forma de violencia contra las niñas. Se plantea aquí un estado de situación actualizado del embarazo infantil en Uruguay, considerando el marco regulatorio, las líneas de política pública, los datos que dan cuenta de la situación actual y, por último, algunas aproximaciones críticas a la problemática, junto a recomendaciones de política pública y de garantía de los derechos humanos de las niñas.

Está ampliamente demostrado que las medidas que tomen los Estados para combatir el embarazo en niñas no pueden ser focalizadas en pequeñas acciones, en tanto no se aborden las dinámicas que operan por detrás. Estas situaciones permiten detectar trasfondos de violencia, donde muchas veces se dan situaciones de abuso, coacción, explotación sexual y/o matrimonios forzados. La detección del embarazo infantil representa la punta del iceberg de una problemática social y cultural que interpela a la sociedad en su conjunto. Es por este importante motivo que resulta necesario abordar la temática con una mirada integral, atenta y multidisciplinar, intentando *unir las piezas.*

Nota Metodológica

El presente informe se realiza durante el año 2021, basado en datos cuantitativos de fuentes oficiales. Particularmente, se recogen los datos que surgen los años 2019 y 2020 de instituciones públicas referidas a nacimientos (Ministerio de Salud Pública), interrupciones voluntarias del embarazo (MSP y Mujer y Salud en Uruguay), captación de embarazos (MSP), denuncias sobre violencia en niños, niñas y adolescentes (SIPIAV), entre otros. Estos datos se observan, en todos los casos, según edad y región, desarrollándose aquellas desagregaciones relevantes para el estudio.

Durante la investigación, AI Uruguay realizó diversos pedidos de acceso a la información pública, encontrando algunos obstáculos para la obtención de datos oficiales. La lectura y análisis de estos datos se realiza en articulación con un exhaustivo análisis de la normativa y las acciones de política pública en el país y de una amplia revisión bibliográfica sobre la temática en la región. La amplia dispersión y aristas de fuentes de información demandó una articulación de diversas técnicas metodológicas, tanto cuantitativas como cualitativas, para poder lograr un informe homogéneo, sistemático y ordenado que pone sobre el tapete una problemática profunda y multidimensional.

A partir de lo estudiado, y en diálogo con distintos actores vinculados a la temática, se plantean una serie de nudos críticos a fin de aportar nuevos insumos para el abordaje integral de la temática. Asimismo, las recomendaciones a los Estados que realiza Amnistía Internacional se basan en una amplia recopilación de lo hecho en la región y de las particularidades del fenómeno en Uruguay. En este documento se pretende, por tanto, una exhaustiva actualización diagnóstica del tema en el país y una adecuación de las recomendaciones de política pública a la realidad del Estado uruguayo.

ANTECEDENTES

Marco regulatorio

El posicionamiento del embarazo infantil como un tema relevante en la garantía de los derechos humanos de parte de los Estados lo sitúa en la normativa nacional y como asunto central de acuerdos internacionales. Uruguay cuenta con varias herramientas normativas que permiten abordar adecuadamente las situaciones de embarazo infantil y proteger los derechos de niñas y adolescentes. Se han ratificado la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1946) y particularmente la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979), ratificada por Uruguay en 1981 (y aprobó su Protocolo Facultativo en 2001).[7] Posteriormente se ratificaron: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Convención sobre los Derechos del Niño (1989); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención do Belém do Pará) (1994). Esta serie de compromisos internacionales confluyen en posicionar la defensa de niñas y adolescentes como un tema central, donde el embarazo en estas situaciones se posiciona como un elemento que menoscaba el adecuado ejercicio de sus derechos.

A nivel nacional se han promulgado leyes que dan sostén a la temática y ejecutan estos acuerdos internacionales. La complejidad y multidimensionalidad del fenómeno da cuenta de la necesidad de abordajes desde distintas agendas que, de forma articulada, protejan los derechos de las niñas. En lo que refiere a la aproximación a la infancia, el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N°17.823) es donde se implementan y adecuan los compromisos asumidos en la Convención sobre los Derechos del Niño. Más allá de que este marco contribuya a garantizar los derechos de niños y niñas, resulta también relevante abordar esta problemática desde la agenda de violencia basada en género: la aprobación en 2017 de la Ley Integral de Violencia Basada en Género (Ley N.º19.580) efectiviza el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia. En particular, resuelve algunas dificultades del Código Penal vinculadas al embarazo infantil, ya que tipifica los delitos de abuso sexual y asociados, redefine el consentimiento en las relaciones, dispone la imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y eleva la pena mínima para 2 años en casos de abuso sexual.

El Código Penal establecía en su art. 272 que una adolescente podía consentir una relación sexual con un adulto a partir de los 12 años. A esto, la Ley N°19.580 agrega que sea así "siempre que no exista entre ambas una diferencia mayor a 10 años". Recientemente, a través de la Ley de Urgente Consideración (2020), se aprobó elevar esta edad de consentimiento a partir de los 13 años y que la diferencia de edad entre ambas personas no sea mayor a 8 años. Este marco creado en los últimos años pone foco en la asimetría del posible vínculo, alude a las diferencias etarias y a los contextos de coerción explícitos o implícitos que pueden derivar de estas asimetrías.

7 Este Protocolo Facultativo es definido por Alda Facio (2010) como: "...un 'mini-tratado' que depende de la CEDAW en el sentido de que existe sólo en función de ésta, no creando nuevos derechos sustantivos, ni tampoco nuevas obligaciones sustantivas para los Estados" (Facio, 2010: 59). Asimismo, la autora entiende que lo que sí hace el Protocolo Facultativo "...es permitir a las mujeres a quienes les ha sido negado el ejercicio de uno o varios de los derechos comprendidos en la CEDAW, la posibilidad de que sus quejas sean examinadas por el Comité de personas expertas independientes que monitorean el cumplimiento de la CEDAW." (Ibídem)

Los compromisos internacionales sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), asumidos por los países de la región, se han traducido principalmente en procesos para garantizar los derechos reproductivos desde el sector de la salud, revisando marcos legales y a través de la implementación de nuevas políticas públicas y programas nacionales de SSyR (Ramos, 2011). A pesar de que los derechos en materia de SSyR se han consolidado como parte fundamental de la construcción de ciudadanía de las personas, no por ello son necesariamente asumidos y apropiados. La vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres exige un marco legal que plasme esta agenda en la normativa.

La educación sexual aparece contemplada en Uruguay en la Ley General de Educación (N.° 18.437), donde se explicita que la misma tendrá como propósito proporcionar instrumentos adecuados que promuevan la reflexión crítica ante las relaciones de género y la sexualidad en general para el disfrute adecuado de la misma.

En 2008 se aprueba la Ley N.º 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (reglamentada en 2010, Decreto 293/010) con una clara demostración de voluntad política en dar pasos sustantivos en garantizar las condiciones para ejercer los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población. Entre los objetivos generales de dicha ley se destacan: universalizar el nivel primario de la cobertura en salud sexual y reproductiva; garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones, la formación adecuada de recursos humanos de la salud y la incorporación de la perspectiva de género y capacitar a docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena (Cardozo, 2018).

En el marco de la Ley N.º 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva, el Estado se compromete como ente rector de la garantía de estos derechos, y a los prestadores de salud como proveedores de servicios para garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Esto incluye el acceso a una canasta de métodos anticonceptivos y de protección amplia y de calidad que permita contemplar las diferentes necesidades sexuales y reproductivas de las personas a lo largo de su vida.[8]

En pos de mejorar la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva de niñas, adolescentes y mujeres uruguayas, la Ley N.º 18.987 sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo da un salto superlativo en materia normativa y sanitaria. Se habilita el acceso de todas las mujeres embarazadas hasta las 12 semanas de gestación a este servicio y de 14 semanas en caso de violación acreditada con constancia de denuncia judicial. Resulta pertinente recalcar que la ley contempla consideraciones específicas para adolescentes y menores de 15 años.

8 En la misma línea, la Ley Nº 18.335/2008 y el Decreto reglamentario Nº274/2010, sobre derechos de usuarios de la salud que incluyen los servicios a la salud sexual y repodroductiva, reconocen el principio de autonomía progresiva, el derecho al consentimiento informado y a la confidencialidad de la atención.

Acciones desde la Política Pública

La implementación de políticas nacionales para abordar y combatir el embarazo infantil suscribe a la comprensión del fenómeno como un reconocimiento de la violencia hacia las niñas y la profunda vulneración de sus derechos que esto significa. Uruguay cuenta con un Plan de Educación Sexual (PES) implementado en todos los niveles de enseñanza desde 2006 a la fecha, destacándose en la región en esta materia. Al igual que con la normativa mencionada, el abordaje en acciones concretas también se despliega desde el eje de la salud sexual y reproductiva y el eje de la violencia. Las acciones pueden verse orientadas en 3 grandes ejes: prevención del embarazo infantil, garantías de atención a estas situaciones y reparación integral a las trayectorias de niñas que transitan un embarazo.

Según el Decreto 293/010 todas las instituciones de salud están obligadas a contar con servicios de salud sexual y reproductiva y con equipos de referencia. Estos servicios deben ser amigables, inclusivos, igualitarios, deben considerar a la persona en su dimensión biopsicosocial durante toda su vida, ser multidisciplinarios, éticos, calificados y confidenciales. De acuerdo al relevamiento realizado por ASSE, en 2017 existían 35 servicios de salud sexual y reproductiva y 70 equipos de IVE funcionando (Presidencia de la República, 2017).

Cabe aquí preguntarse acerca de los posibles efectos de la emergencia sanitaria en la atención de los servicios de salud durante 2020. Se estima que la pandemia generó retrasos y barreras en la atención en salud sexual y reproductiva que afectan de forma específica a cada uno de los derechos sexuales y reproductivos y que, en líneas generales, hubo una disminución de los controles de embarazos, que pueden haber derivado en un aumento de la patología materna perinatal no diagnosticada, así como un fuerte impacto en el propio control de las mujeres sobre su fertilidad (Briozzo et al, 2020). Recientemente, Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) publicó un informe sobre el uso de anticonceptivos en Uruguay durante 2020,[9] observando tanto la variación de costos de los métodos anticonceptivos como las dificultades de acceso a éstos durante el primer año de la emergencia sanitaria. Estas estimaciones deben aún ser profundizadas y queda un amplio camino por recorrer en ese sentido.

Universalizar el acceso a métodos anticonceptivos y de protección como prestación obligatoria para todo el Sistema Nacional Integrado de Salud es una de las estrategias claves de los últimos años por parte del MSP en pos de garantizar los derechos sexuales y reproductivos. La canasta está conformada por anticoncepción oral hormonal combinada, monofásica y trifásica, anticonceptivos orales de progestina, de emergencia, condones, DIU, ligadura tubárica y vasectomía. Se destaca un logro fundamental desde 2010 cuando se incluyó el aseguramiento de MACyP en el presupuesto nacional, lo cual garantiza la sustentabilidad de las compras anuales. En la misma línea, en el marco del plan de la Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, creada en 2016 por diversas instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y de cooperación internacional e instituciones académicas, se crea un Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. El documento se plantea como objetivo "brindar directrices a profesionales y equipos técnicos de diferentes sectores para el desarrollo de acciones que garanticen la atención integral, pertinente y oportuna de las niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo" (MSP, 2020). Si bien la LUC estipula cambios en el criterio etario, el mapa de ruta se adapta para mantener su vigencia.

Considerando que la detección o la sospecha de una situación de embarazo puede suceder en diversos contextos (centros de salud, instituciones educativas, programas sociales, entre otros), las disposiciones legales y manuales otorgan información a profesionales, técnicos o personal de cualquiera de esos ámbitos por cuyo trabajo se encuentre vinculado a niñas y adolescentes. El Mapa de ruta establece, en primera instancia, que el embarazo en menores de 12 años siempre se considera producto de una violación. Por otra parte, al momento de que se sospecha sobre el embarazo de una niña de 14 años o menos se debe:

- **Establecer el grupo etario al que pertenece (a fin de ubicar la situación en el contexto legal correspondiente).**
- **Confirmar si se está frente a una situación de abuso o no y confirmar o descartar el embarazo. Posicionarse bajo el entendido de que, cualquiera sea la situación, por sí sola la sospecha de embarazo en una niña o adolescente menor de 15 años es un indicador de vulnerabilidad.**
- **Tener siempre en cuenta el interés superior y la opinión de las niñas y adolescentes, en el marco de la autonomía progresiva (esto también implica no exponerlas a tomar decisiones que no están en condiciones de asumir, ya sea por su escasa madurez, por circunstancias de vida o por el daño o impacto producido como consecuencia de una situación traumática).**
- **Trabajar con varones, niños o adolescentes que se encuentren vinculados a estas situaciones. Entender que la identificación y acompañamiento de una persona adulta referente es fundamental, pero no indispensable. En caso de que no existiera, se puede contactar con el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) para que se le asigne una persona de referencia.**
- **Se deberá realizar una valoración especial en caso de discapacidad intelectual o mental.**

9 Disponible en https://bit.ly/38DXusV

Por tanto, luego de confirmar el embarazo, y teniendo en cuenta estas consideraciones, se debe identificar la presencia o no de abuso sexual. Para ello, el criterio establecido por la ley es: todos los casos en los que la niña sea menor de 12 años, o que sea mayor de 12 años pero la diferencia con la pareja sea de más de 10 años,[10] o aquellos casos en los que la relación sea entre pares sin consentimiento o producto de abuso sexual intra o extra familiar, o explotación sexual comercial o no comercial. En el Mapa de ruta se toma como eje fundamental la consideración de trayectorias, valoraciones e intervenciones realizadas por otros equipos respecto a situaciones de abuso sexual de esa niña o adolescente en particular (MSP, 2020).

A partir de este diagnóstico se establecen protocolos institucionales para actuar frente a 4 posibles escenarios: acciones a realizar si no se confirma el embarazo ni el abuso sexual; acciones a realizar si no se confirma el embarazo, pero sí se detecta abuso sexual; acciones a realizar cuando se confirma un embarazo como producto de abuso o violencia sexual, y acciones a seguir con niñas de entre 12 y 14 años cuando el embarazo es producto de una relación consentida entre pares. Respecto a la IVE, en todos los casos de embarazos en menores de 15 años, el Mapa de ruta establece que se deberá generar un espacio para la toma de decisiones respecto a la continuidad o no del embarazo, teniendo en cuenta las orientaciones para el abordaje desde una perspectiva psicoemocional, y considerando algunas especificidades en situaciones de abuso por la mayor necesidad de acompañamiento y protección en estas situaciones.

Como parte del proceso de atención a niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo- ASSE desarrolló recientemente una herramienta de notificación para los equipos de salud que reciban por consultas de estas características. Se trata de un recurso que consiste en la posibilidad de que el/la profesional o equipo de profesionales a nivel de territorio, informen —vía correo electrónico o telefónica— a un equipo interdisciplinario a nivel central (integrado por la Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia, el Área de Salud Sexual y Reproductiva y la Unidad de violencia basada en Género y Generaciones) de que están atendiendo a una niña o adolescente menor de 15 años en situación de embarazo. La propia integración del equipo central da cuenta de que el fenómeno del embarazo infantil requiere de una mirada integrada e integral que articule las distintas dimensiones de éste. El propósito de la herramienta es ofrecer apoyo a los equipos de atención para realizar las intervenciones necesarias, según lo requiera cada caso.

La herramienta de notificación surge ante la necesidad de generar información específica sobre estas situaciones, permitiendo construir una mayor comprensión sobre el amplio abanico de particularidades; orientada a ofrecer una respuesta pública adecuada y oportuna. La notificación tiene tres objetivos específicos: en primer lugar, mapear las prácticas profesionales que se despliegan en la atención, identificando buenas prácticas, dificultades y apoyos que sean requeridos. En segundo lugar, caracterizar las situaciones de embarazo en menores de 15 años, logrando especificar los tipos de vínculos del que surge ese embarazo, si existen situaciones de violencia, cuáles son los enclaves territoriales y sociales particulares, entre otros aspectos. En tercer lugar, la herramienta busca alimentar un proceso de aprendizaje institucional que permita ubicar las mejores estrategias para responder a estas situaciones, teniendo una comprensión más integral sobre el fenómeno que ayude a ajustar el mapa de ruta con el que ya se cuenta.

Respecto al abordaje desde la dimensión de la violencia, Uruguay cuenta con 2 grandes mecanismos interinstitucionales. Por un lado, el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia y, por otro, el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). El SIPIAV cuenta con 27 Comités de Recepción Local en todo el territorio nacional, con presencia en todos los departamentos y se componen de áreas de educación, desarrollo social, infancia y adolescencia y seguridad. Estos Comités son los encargados de la detección y atención primaria de situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes.

10 Actualmente la Ley de Urgente Consideración (2020) aprobó el descenso de esta diferencia de edad a 8 años y propone algunos cambios respecto a la edad de consentimiento. Aún no se han actualizado las hojas de ruta en este sentido, se estima que se están incorporando estos cambios actualmente.

ESTADO DE SITUACIÓN

Embarazo infantil en la región

Según el Fondo de Población de Naciones Unidas, en 2018 se estimó que 2 millones de niños y niñas nacieron producto de embarazos de niñas y adolescentes menores de 19 años. La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos de cada 1.000 niñas, mientras que en América Latina y el Caribe la tasa se eleva a 66,5 nacimientos de cada 1.000. Además, respecto a los embarazos en menores de 15 años, es la única región del mundo con tendencia ascendente (UNFPA, 2018).

El embarazo adolescente resulta una problemática ampliamente visibilizada en la región, no así el embarazo infantil, cuya proporción sobre el total de nacimientos es un número pequeño. No obstante, abordar este problema desde una perspectiva de derechos humanos implica demostrar que cada caso de embarazo infantil devuelve una imagen de situaciones sociales que deben prevenirse y erradicarse. No debe observarse el fenómeno únicamente desde un punto de vista cuantitativo, sino también cualitativo, poniendo sobre la mesa la dramática afectación de la vida de cada niña que cursa un embarazo y del niño o niña que nace producto de éste.

La situación del embarazo en niñas es para América Latina un tema de central preocupación: en 2020 se mantuvo como la segunda región con la tasa de fecundidad adolescente e infantil más alta del mundo. A pesar del crecimiento económico registrado en el último tiempo, la tasa de embarazo infantil continúa evidenciando las enormes desigualdades entre los países y al interior de ellos. Las niñas de las familias en los quintiles de riqueza más bajos, que son los que tienen los niveles de escolaridad menores, y de comunidades indígenas y afrodescendientes, se ven afectadas de manera desproporcionada por el embarazo en la adolescencia.[11] La mayoría de los países reportan tasas de natalidad de entre 1 y 5 nacimientos por cada 1.000 niñas en el grupo de edad de 10 a 14 años. La tasa más elevada fue reportada por Venezuela, con 5 nacimientos por cada 1.000, seguida por República Dominicana con 2 nacimientos por cada 1.000 (Naciones Unidas, 2020).

El embarazo en niñas muchas veces está relacionado con la interseccionalidad de la discriminación que cargan. En extensas zonas rurales de América Latina viven niñas empobrecidas y con una educación deficiente. Esta intersección de vulnerabilidades las hace, en cualquier región del mundo, más proclives a quedar embarazadas que las niñas urbanas, de nivel socioeconómico más alto y con mayores niveles educativos. También las niñas marginalizadas o que pertenecen a una minoría étnica, que no suelen tener muchas opciones en sus trayectorias y tienen un acceso escaso o nulo a la salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2018). Por su vinculación con la pobreza, la exclusión social, la violencia sexual y el matrimonio o unión precoz, afecta de manera desproporcionada a las adolescentes que ya están marginadas. El embarazo en la adolescencia temprana surge menos de la decisión de la niña y más de las limitaciones estructurales en las que se encuentra inserta (CLACAI, 2019).

El consentimiento en situaciones de violencia física y psicológica no es deliberado, y muchas veces no hay verdadera capacidad de elección, por el contexto en que se da esa situación, en diversos sentidos. La ley establece una edad mínima para el consentimiento sexual a fin de proteger a adolescentes, niñas y niños de situaciones de abuso y de las consecuencias que puedan darse al no ser plenamente conscientes sobre sus derechos y desarrollo al momento de iniciar la actividad sexual temprana (UNICEF, 2014).

Las normas internacionales no indican cuál debe ser la edad mínima para el consentimiento sexual. El Comité de los Derechos del Niño considera los 13 años como muy joven para poder consensuar este tipo de actividad, sin embargo se recomienda evitar el exceso de penalización en las conductas de los y las adolescentes y tener en cuenta la diferencia de edad entre las partes involucradas como un indicio sobre los posibles desequilibrios de poder que existan. En la mayoría de los países de la región se ha establecido la edad entre 14 y 16 años, mientras que en Uruguay aún se encuentra en discusión y revisión.[12]

Respecto a las implicaciones físicas, el riesgo de muerte materna en menores de 15 años es 2 veces mayor al resto de las mujeres: la maternidad en adolescentes y niñas implica un alto riesgo de morbimortalidad. Los problemas en la gestación y el parto son más frecuentes cuanto menor es la edad ginecológica, ya que cuando ésta es menor a 2 años existe inmadurez en la pelvis y canal de parto, así como del útero y posiblemente del sistema neuroendocrino. Un embarazo puede generar complicaciones en los patrones de crecimiento de la niña, mientras que la persona recién nacida es más proclive a tener bajo peso y morir (CLACAI, 2019).

Por último, cabe destacar que, mientras que en otras regiones 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 son consecuencia de abusos sexuales, ya sea por un miembro de su familia, personas cercanas a ellas o un extraño. El estigma, la violencia, el miedo y la falta de recursos simbólicos, entre otros, inhiben a la niña de denunciarlos (UNFPA, 2018).

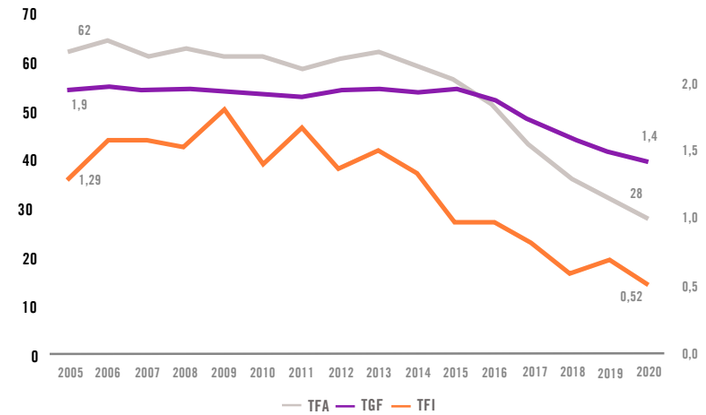
11 Disponible en https://bit.ly/3jD5PDG

12 Actualmente la Ley de Urgente Consideración (2020) aprobó el descenso de esta diferencia de edad entre la pareja a 8 años y propone revisar la edad de consentimiento.

Embarazo infantil en Uruguay

Uruguay se ha caracterizado, históricamente, por sus bajos niveles de fecundidad respecto a los países de la región. Esta baja tasa de fecundidad ha experimentado, a su vez, mayores tendencias a la baja como, también, períodos de estabilidad en su evolución. Particularmente, como se observa en el siguiente gráfico, desde 2016 ha caído de forma pronunciada:

Tasa Global de Fecundidad, Tasa de Fecundidad Adolescente (15-19 años) y Tasa de Fecundidad Infantil (10-14 años) en Uruguay (2005-2020)

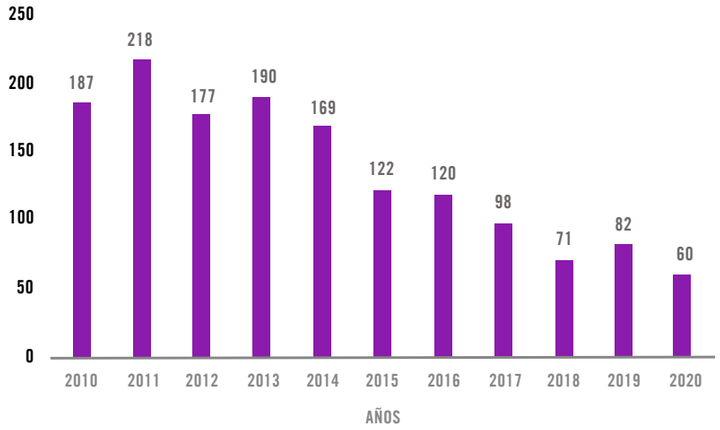


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (2020)

A pesar de que esta tendencia puede ser explicada por diversos motivos y aún no se concluye sobre su causalidad, se han hecho algunas aproximaciones al tema. Las diferencias de comportamiento sobre la fecundidad entre los distintos sectores socioeconómicos ha sido objeto de diversos estudios. Considerando distintos indicadores de bienestar, la tasa de fecundidad en sectores de menores ingresos es mayor a la de altos ingresos. También, las mujeres de aquellos sectores menos favorecidos suelen reproducirse en rangos de edad más jóvenes respecto a las de otros sectores. Se observa además una amplia tendencia al descenso en los embarazos adolescentes en este período. Por tanto, se ha arribado a la conclusión de que una de las principales causas del pronunciado descenso de la fecundidad en el país es la reducción del embarazo no intencional en adolescentes. Hacia el año 2020, la tasa de fecundidad adolescente en Uruguay ha alcanzado su mínimo histórico, distanciándose del promedio latinoamericano y mundial (UNFPA, MSP, UDELAR, 2019). A pesar de que esto muestra las consecuencias de los esfuerzos realizados en materia de política pública, aún se permanece lejos de los valores de los países más desarrollados.

Acompañando esta tendencia, los embarazos infantiles también han descendido de forma constante hasta el año 2019, cuando esta tendencia se revierte levemente, retomándose —y acentuándose— el descenso durante 2020. A pesar de representar menos de un 1% del total de nacimientos, estos casos evidencian situaciones de extrema vulnerabilidad de las niñas que atraviesan el embarazo y la posible maternidad posterior.

Total nacimientos en menores de 15 años



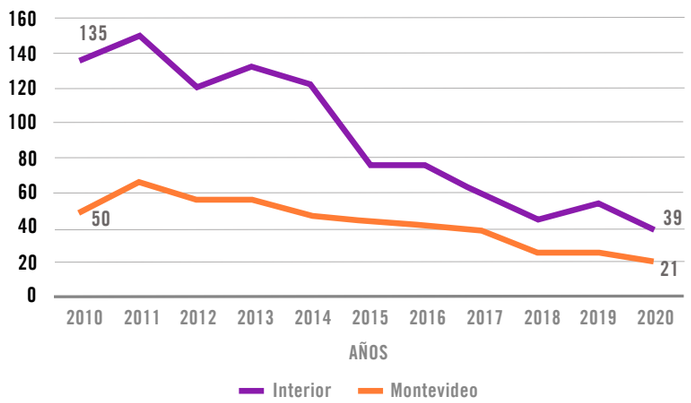
Fuente: Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (2020)

El marcado descenso de las situaciones de embarazo infantil responde a abordajes de política pública pero, a pesar de esto, la realidad de las niñas que transitan embarazos y maternidades forzadas en Uruguay no ha sido suficientemente visibilizada, fundamentalmente en aquellas niñas que tienen entre 10 y 14 años. En los últimos 5 años, 431 nacimientos han sido producto del embarazo de una niña de 14 años o menos. Estos casos son reflejo de contextos familiares y comunitarios donde los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes están siendo extremadamente vulnerados (MSP, 2020).

El constante descenso de las cifras de embarazo infantil se ha dado en todo el país, aunque se pueden observar algunos elementos relevantes según región:

Uruguay se caracteriza por tener un mayor número de nacimientos en el interior del país respecto de Montevideo, a pesar del hecho de que, en esta última, reside la mitad de su población. En los nacimientos de embarazos adolescentes e infantiles este comportamiento no es excepcional. La proporción de embarazo infantil según región muestra que una mayor proporción de estas situaciones se da en el interior. Esta tendencia se ha mantenido en el tiempo, con leves variaciones, acentuándose en los años 2013 y 2014, llegando a que 7 de cada 10 embarazos infantiles se dan en el interior del país. A pesar de esto, el decrecimiento sostenido comenzó a percibirse en estos tramos de edad para ambas regiones, especialmente a partir de 2013. Sin embargo, el crecimiento en nacimientos de embarazos infantiles en 2019, se registra particularmente en el interior del país, mientras que en Montevideo se muestran estables.

Evolución nacimientos en menores de 15 años según región entre 2010 y 2020

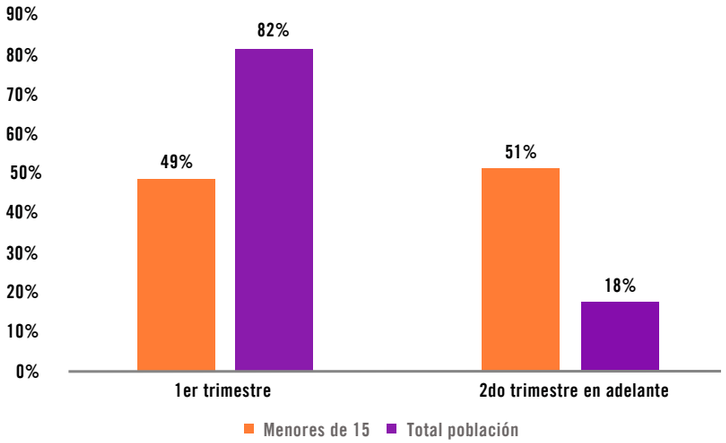


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (2020)

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva descentralizados en el territorio y su adecuado trabajo con niñas y adolescentes se relaciona directamente con estos números. El manejo de información para tomar decisiones autónomas y consentidas respecto a la sexualidad requiere de la institucionalización de las niñas en distintos ámbitos, fundamentalmente en salud y educación. Muchas veces, en regiones del interior del país, la presencia del Estado y el alcance de estas instituciones no es tan vasta.

Esto incide directamente en uno de los mayores obstáculos para el abordaje del embarazo infantil: su captación temprana. Mientras que, del total de las embarazadas, el 77% acude a una primera consulta médica en el primer trimestre, en las adolescentes este porcentaje desciende a 62% y en las niñas menores de 15 años apenas el 49% tienen consulta en el primer trimestre del embarazo (MSP, 2019). Esta tendencia en las menores de 15 años no ha descendido en los últimos años a pesar de los esfuerzos de abordaje de captación de las políticas públicas.

Proporción edad gestacional al momento de la primera consulta menores de 15 años y población total

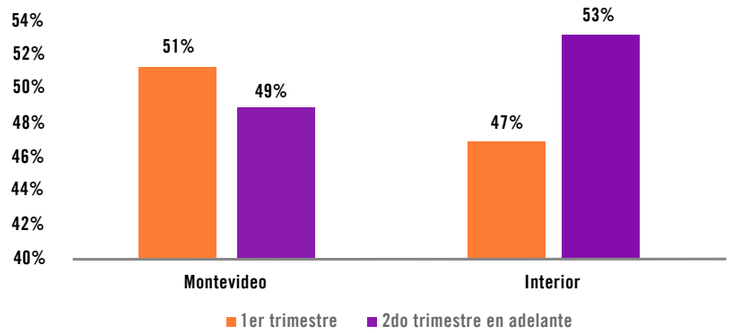


Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (2019)

Ello implica grandes riesgos en la salud de la niña y del feto. Acceder a una consulta médica en el primer trimestre no sólo posibilita el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo sino también a estudios ecográficos. Durante ese período se deben realizar estudios sensibles que proporcionan información sobre malformaciones y trisomías que no pueden realizarse de la misma forma pasado este plazo. Este indicador da cuenta de la dificultad de captación de embarazos en niñas, que por diversas razones no llegan a realizar consultas médicas en las primeras 12 semanas de embarazo. El acceso descentralizado en todo el territorio nacional a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad resulta fundamental para mejorar la captación del fenómeno.

Como se observa en los gráficos a continuación sobre captación entre Montevideo y el interior del país, se perciben algunas diferencias en el trimestre en que acuden a la primera consulta: en Montevideo es mayor la proporción de niñas que acuden a la consulta en el primer trimestre respecto al interior. También se observa que los embarazos con captación más tardía (primera consulta en el tercer trimestre) suceden en mayor proporción en el interior del país, lo cual va en consonancia con lo mencionado respecto a las dificultades de acceso a servicios descentralizados de salud sexual y reproductiva y el alcance de éstos en determinadas partes del país.

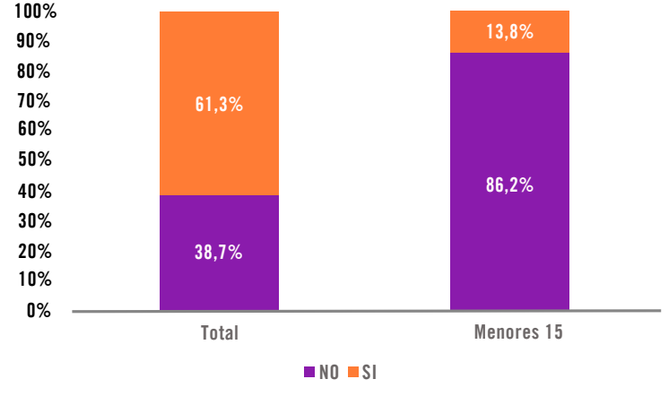
Proporción de edad gestacional al momento de la primera consulta para menores de 15 años por región



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (2019)

Las carencias en materia de educación sexual integral dialogan fuertemente con los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) cuando da cuenta de la intencionalidad o no del embarazo. Respecto a la proporción de embarazos intencionales del total de la población, resulta significativa la diferencia en las menores de 15 años: en este tramo, más de 3 de cada 4 expresó que no se trataba de un embarazo intencional, siendo ésta la relación negativa más alta según tramos de edad.

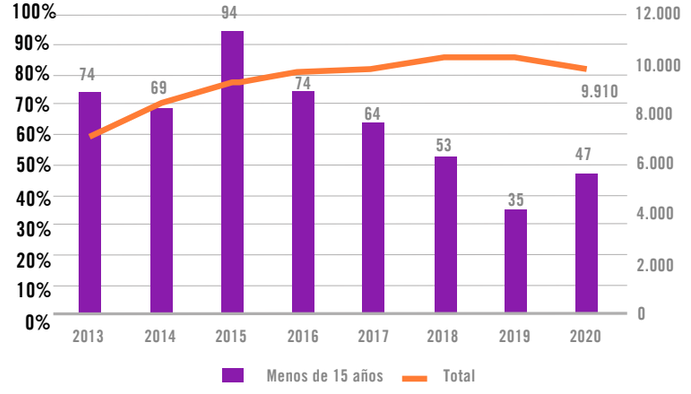
Proporción de Nacidos Vivos según embarazo intencional menores de 15 años y población total



Fuente: Sistema Informático Perinatal (2020)

Se evidencian, por tanto, fuertes barreras de acceso a una adecuada educación sexual integral, así como también a servicios que garanticen herramientas de planificación y anticoncepción en niñas y adolescentes. Frente a esto, emerge como elemento clave la Ley N.º 18.987, que garantiza la posibilidad de interrumpir el embarazo, por sola voluntad de la mujer, hasta las 12 semanas de gestación (con excepcionalidad de 14 semanas por violación y sin límite en caso de riesgo de salud de la mujer o anomalías en el feto declaradas como incompatibles con la vida). A partir de la aprobación de esta ley en el año 2012, los embarazos a término en niñas y adolescentes coinciden con una tendencia al descenso, evidenciando así la relevancia de esta ley en la posibilidad de decisión y en los efectos en las trayectorias de niñas y adolescentes que resultan embarazadas.

Interrupciones voluntarias de embarazo menores de 15 años y población total



Fuente: MSP (2020)

Hasta el año 2019 se nota una marcada tendencia al descenso en las IVE en menores de 15 años, que se revierte levemente en el año 2020. Esta diferencia muestra la necesidad de comenzar a indagar en los efectos que tuvo la emergencia sanitaria en las decisiones y trayectorias de fecundidad de las mujeres en distintas franjas etarias. Como se vio anteriormente, los problemas de captación del embarazo infantil dificultan que las niñas tengan acceso a una IVE a tiempo. La falta de información respecto de educación sexual integral y métodos anticonceptivos y de protección, el ocultismo por parte del contexto social, o factores vinculados a relaciones de dominación por situaciones de abuso son factores a tener en cuenta al momento de la captación tardía.

Desde MYSU se ha dado seguimiento a la implementación de los servicios SSyR e IVE desde su instalación como prestaciones obligatorias del SNIS. Habiendo realizado monitoreos en 10 de los 19 departamentos del país entre 2013 y 2017, se pudo constatar que los servicios estaban instalados y funcionando, pero se identificó una serie de barreras de acceso, así como fugas que dejaban mujeres por fuera. Los altos porcentajes de objeción de conciencia de profesionales (mecanismo habilitado por Ley N.º 18.987, artículo 11) llegan al 100% en algunas localidades del interior del país, lo cual es una enorme barrera en el acceso a este derecho (MYSU, 2020).

OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN EL TERRITORIO

- Niveles altos de OC (>60%)
- Niveles medios de OC (30 a 60%)
- Niveles bajos de OC (<30%)
- Departamentos no monitoreados
- Localidades con 100%OC

Fuente: Extraído de MYSU (2020) Aborto en cifras – 2020

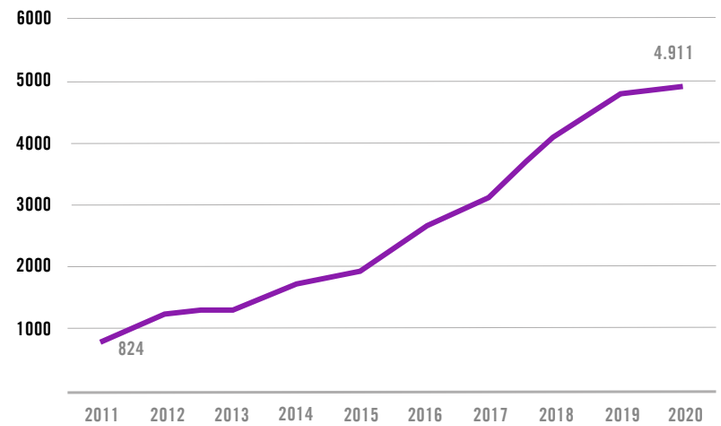
Particularmente, en 2020, se identifica una serie de problemas, irregularidades y barreras en el sistema: continúa habiendo desconocimiento general sobre la ley, los servicios, el proceso, entre otros, que repercute en dificultades en el cumplimiento de tiempos y coordinación de estudios y consultas. También se identificaron complicaciones desde el comienzo de la emergencia sanitaria por la COVID-19, que generó fuertes irregularidades en la atención. Esto incidió en la cantidad de casos de "fugas" del sistema, de mujeres expulsadas al circuito clandestino, aún en algunos casos dentro de los tiempos contemplados por la ley (MYSU, 2020).

Uruguay ha avanzado en garantizar condiciones para el ejercicio de los derechos SSyR, pero aún está lejos de alcanzar los estándares requeridos para asegurar universalidad de acceso y calidad de atención. El sistema de información sobre aborto y SSyR es débil e insuficiente y no permite evaluar la evolución del funcionamiento de estos servicios. Los datos de IVE, por ejemplo, no se publican en los tiempos que exige la ley y son incompletos (MYSU, 2020). Particularmente, los datos vinculados a IVE de 2020 no son públicos al momento de realizado este informe.

No obstante, el vínculo entre embarazo infantil y maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes es extremadamente estrecho e imprescindible de incorporar al abordaje del fenómeno. Según los registros del SIPIAV (2021) el número de casos detectados y atendidos para 2020 continúa mostrando la tendencia al aumento respecto a años anteriores, alcanzando un promedio de intervención de más de 13 situaciones por día. Esta tendencia de crecimiento sostenido no implica necesariamente un aumento de las situaciones de maltrato y/o abuso sexual, sino el aumento en la capacidad del sistema de captación, intervención y registro.[13]

13 Este año, debido al contexto de emergencia sanitaria, se estima un subregistro de situaciones de maltrato y abuso debido a las dificultades de mantener un contacto más asiduo con niños, niñas y adolescentes por las medidas de confinamiento y reducción de la movilidad.

Situaciones de maltrato y/o abuso sexual a niños, niñas y adolescentes registradas en todo el país

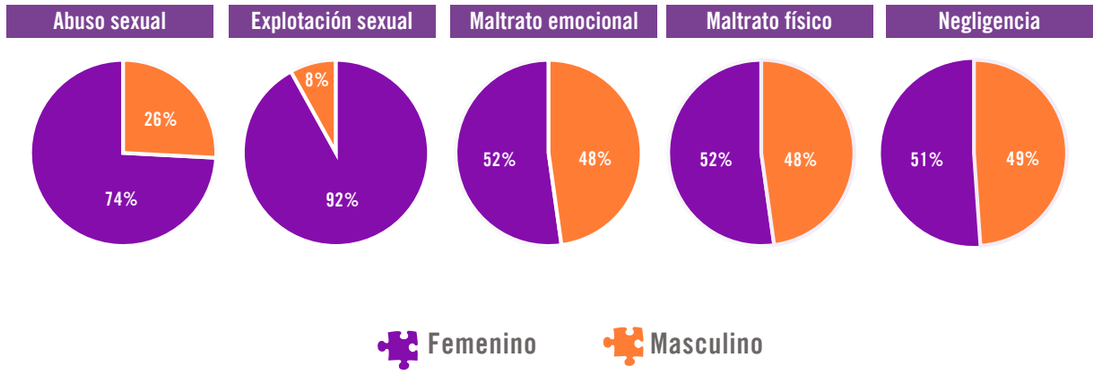


Fuente: Informe de gestión SIPIAV (2020)

Estos números muestran no sólo la dimensión del fenómeno, sino que permiten entrever la alta proporción de niños, niñas y adolescentes que verán afectadas sus trayectorias vitales por haber sufrido esta violencia. En Uruguay, a partir de una investigación realizada por el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2021), el 61% de los niños, niñas y adolescentes que se encontraban en centros de salud mental habían requerido una medida de protección ante una experiencia de violencia o abuso en el contexto familiar. Todos los centros incluidos en el estudio reconocían el elevado porcentaje de estas vulneraciones en los niños, niñas y adolescentes que residen en los centros, así como el daño que generan estas experiencias traumáticas en su vida y en su salud (INDDHH, 2021).

Respecto a las diferencias por sexo y edad de los niños, niñas y adolescentes que sufrieron violencia, no se muestran grandes variaciones desde 2013: existe una proporción levemente mayor de niñas y adolescentes mujeres involucradas en casos registrados. Particularmente, en casos de abuso sexual, las niñas y adolescentes son las que se ven en mayor medida involucradas en este tipo de situaciones.

Tipo de violencia según sexo en todo el país

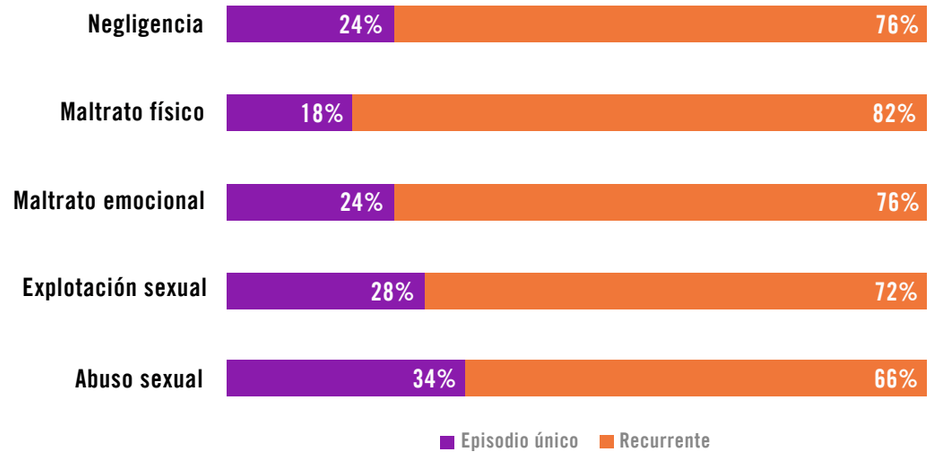


Fuente: Informe de gestión SIPIAV (2020)

Dentro de la violencia sexual, del total que sufre situaciones de abuso sexual, 3 de cada 4 son niñas y adolescentes mujeres. Respecto a la explotación sexual esta relación asciende a más de 9 de cada 10. De esta manera, se perpetúa la feminización de estas formas de violencia sexual, mientras que, para los demás tipos, las diferencias según el sexo de las víctimas muestra menos diferencias.

Otro dato relevante es la frecuencia del fenómeno al momento de su detección. En el año 2020, 3 de cada 4 niños, niñas y adolescentes estaban viviendo situaciones recurrentes de violencia al momento de su captación. Observar esto permite ver que hay formas de violencia sexual que, por su recurrencia y su relación con aspectos psicológicos, son más difíciles de detectar en un primer episodio, como la explotación sexual.

Frecuencia según tipos de violencias en todo el país



Fuente: Informe de gestión SIPIAV (2020)

Respecto a los agresores, al contrario de lo que se ve a nivel general, en los casos de abuso sexual se da una dispersión respecto al vínculo de la persona agresora con la víctima: los principales agresores se distribuyen casi equitativamente entre otros familiares (28%), padre (24%), pareja de la madre (23%) y otros no familiares (20%). La figura de la madre pierde relevancia en este tipo de violencias. Asimismo, resulta importante destacar que, 3 de cada 4 casos, se dan dentro del núcleo familiar o de convivencia.

Nudos críticos y nuevas preguntas

Si bien en el recorrido del informe se hacen evidentes los esfuerzos de los últimos años en materia de política pública respecto a la garantía de los derechos de niñas y adolescentes, resultan necesarias mayores medidas que aporten sustantivamente al abordaje integral de esta problemática. Es importante sostener y mejorar las capacidades estatales en pos de erradicar esta violencia y también acompañar las consecuencias en las trayectorias de vida de aquellas niñas, adolescentes y mujeres que atravesaron un embarazo infantil. Aunque el embarazo afecta la vida de las niñas de formas numerosas y profundas, la mayoría de las investigaciones se han centrado en los efectos sobre la salud, la educación y la productividad económica (UNFPA, 2018). Resulta urgente unir las piezas de todas las dimensiones que se articulan en este tipo de situaciones, violentando profundamente a las niñas, para un adecuado abordaje. Pero también indagar en todas las piezas que se rompen de la trayectoria física, mental y emocional de estas niñas, y que es obligación de los Estados trabajar en pos de su reparación.

Como se vio anteriormente, los efectos sociales y económicos que genera en las niñas, sus familias y comunidades transcurrir por un embarazo, suelen ser negativos. Estas niñas tienen una fuerte propensión a abandonar la escuela, a tener dificultades para obtener ingresos y vivir en la pobreza, a la exclusión, a sufrir crisis en el entorno familiar y el estigma en torno al embarazo precoz, la maternidad temprana y el abuso sexual. El inicio temprano de la maternidad establece determinadas dificultades para las jóvenes en tanto limita el desarrollo de sus capacidades y la formación para el desempeño sólido de su vida adulta: todo su futuro se pone en peligro (UNFPA, 2013; UNFPA, 2016). Además, la cultura del ocultamiento y la naturalización del abuso y la violencia sexual juegan un rol clave como barrera para el abordaje. El ocultamiento se refuerza por el estigma de ser víctima de estas situaciones, y tiene principalmente repercusiones negativas en la vida de estas niñas, con fuertes dificultades de reparación a nivel familiar y comunitario.

Como muestran los datos que vinculan salud mental y abuso sexual del INDDHH, transitar situaciones de abuso y violencia sexual tiene un enorme impacto en la salud de niños, niñas y adolescentes. Además, un embarazo precoz profundiza estos elementos: son usuales síntomas de depresión, ansiedad y, particularmente, estrés postraumático para aquellas que fueron atacadas sexualmente (Presidencia de la República, 2020) (CLADEM, 2016). Niñas y adolescentes embarazadas o que fueron madres muestran mayores signos de depresión y tendencias suicidas que mujeres adultas en la misma situación (CLADEM, 2016). Esto muestra el carácter urgente del abordaje integral que contemple el acompañamiento en todas las dimensiones de la vida de estas niñas.

También se evidencia la ausencia de datos respecto a las personas nacidas de estos embarazos. Es evidente que esto afecta sus trayectorias vitales. ¿Permanecen con su familia de origen, son institucionalizados? ¿Cuáles son los principales recorridos familiares y educativos? ¿Qué repercusiones tienen en términos de desarrollo cognitivo, psicológico y emocional? Si bien no se ha estudiado la realidad de las niñeces producto de embarazos infantiles, algunos estudios de carácter médico han demostrado, para el caso de embarazos adolescentes, que no existen diferencias en el estado de nutrición ni en el desarrollo psicomotor entre los niños y niñas de madre adolescente y los de madre adulta durante el primer año de vida.[14] A pesar de esto, no se ha indagado, desde una lectura más integral, en las consecuencias vitales, sociales y psicológicas que se desprenden de nacer en un contexto de violencia o por una situación de abuso sexual o explotación infantil. Está claro que esto repercute fuertemente en las trayectorias de estos niños y niñas, y resulta fundamental atender desde la política pública el acompañamiento de estas situaciones. Generar mecanismos que permitan la trazabilidad de estas trayectorias es parte del abordaje integral que se debe hacer ante estas situaciones.

La capacidad de consentir una relación sexual se vincula estrechamente con la autonomía progresiva y la capacidad de tomar decisiones sobre sí mismas y es otro de los puntos claves de la discusión. El consentimiento es un elemento central para la definición y abordaje de los casos de abuso y explotación sexual. En contextos de derechos humanos vulnerados, debemos prestar mucha atención a los matices que este concepto puede adquirir. En la mayoría de los países de la región se ha establecido la edad entre 14 y 16 años, mientras que en Uruguay aún se encuentra en discusión y revisión. Cabe plantearse que esta disposición tiene efectos no solo simbólicos, sino también judiciales y técnicos en las formas de abordaje y por tanto merece ser revisada a la luz de nuevos datos y herramientas institucionales.

14 Disponible en https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-161957

Recomendaciones para la política pública

El Estado debe realizar un análisis y abordaje integral del embarazo infantil. Solo *uniendo las piezas del puzle* se podrá mejorar su detección temprana, prevención, atención y reparación, siempre hacia el interés superior de la niña que se encuentra en esta situación. Es clave que el Estado y sus instituciones realicen acciones integrales y articuladas que den respuestas específicas, en el marco de las políticas públicas, con un impacto determinante en la prevención de la violencia, abuso y maltrato a niños, niñas y adolescentes. Acercarse al tema desde la perspectiva de la agenda de derechos humanos de la infancia debe articularse con una adecuada lectura con perspectiva de género del fenómeno.

Además, la crisis sanitaria y social producto de la COVID-19 ha evidenciado fuertemente la multiplicidad de desigualdades que atraviesan a nuestros países y que golpean con dureza a aquellos grupos más vulnerables, viéndose particularmente afectadas las mujeres y los niños, niñas y adolescentes por los diversos tipos de violencia en espacios como el hogar. Esto evidencia la necesidad de mejorar la implementación, seguimiento y difusión del Mapa de ruta y su alcance.

Amnistía Internacional pide a los Estados y al Estado uruguayo en particular, extremar los esfuerzos para prevenir, atender y reparar situaciones de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años, entendiendo la grave vulneración de derechos que esta situación representa para la vida de estas niñas. El diseño e instrumentación de políticas públicas que permitan abordar de manera integral enl embarazo infantil, así como también situaciones de violencia sexual hacia niñas y adolescentes basándose en los estándares internacionales en materia de derechos de la infancia y derecho de las mujeres y niñas, repercutirá en una mejor calidad de vida para ellas, para que puedan disfrutar de una vida digna sin violencia ni discriminación.

Amnistía Internacional solicita a los Estados desarrollar de manera integral políticas públicas para abordar el embarazo infantil en, al menos, los siguientes aspectos:

Prevención: a pesar de los avances, resultan claves los esfuerzos que puedan hacerse en materia de prevención. El sistema educativo juega un rol muy importante, principalmente a través de una educación sexual integral que permita a las niñas y adolescentes tomar contacto con sus derechos sexuales y sobre su cuerpo, así como contar con herramientas para identificar posibles situaciones de abuso y cómo denunciarlas. Desde Amnistía Internacional se insta a implementar la educación sexual integral como programa de estudio obligatorio en todos los niveles educativos, en escuelas de gestión pública y privada, religiosa o laica y que sea accesible para los niños y niñas fuera del sistema escolar. Se adaptará en función de la edad y la capacidad de las personas y tendrá que ser basada en datos científicos y con enfoque de derechos humanos.

Atención: los servicios de atención son otro pilar fundamental, proporcionando información y garantizando el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, incluida la interrupción voluntaria del embarazo. Esta última adquiere especial relevancia en Uruguay en tanto debe sostenerse y mejorarse la garantía de la atención según lo contemplado por la ley. El seguimiento y apoyo a una niña que atraviesa una IVE debe ser también contemplado. En este sentido, también resulta pertinente realizar una revisión sobre la concepción de autonomía progresiva, prestando particular cuidado del desarrollo de ésta en niñas y adolescentes.

Reparación: la reparación y acompañamiento son fundamentales para dar una respuesta integral que contemple un acceso eficaz, independiente y de buena calidad a la justicia, con mecanismos judiciales y administrativos de reparación digna y transformadora. Generar mecanismos que habiliten el seguimiento de las trayectorias de las niñas y los nacidos y nacidas de ellas resulta primordial para poder acompañarlas de la mejor manera. Como elemento específico, revisar las medidas de protección frente a la mediatización y exposición desmedida de los casos en los medios de comunicación también resulta una parte importante de este acompañamiento. En este proceso, es primordial tomar en cuenta los factores de vulnerabilidad y discriminación de las trayectorias de las niñas que sufrieron situaciones de abuso sexual, a fin de que puedan construir un proyecto de vida digno con inserción educativa y laboral, respetando su autonomía.

son niñas, no madres

Acceso a la información

Las estadísticas vitales, publicadas anualmente por el Ministerio de Salud, son fundamentales para dar seguimiento a los embarazos infantiles y a otros temas vinculados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. A los efectos de este informe, Amnistía Internacional Uruguay realizó varios pedidos de acceso a la información pública que fueron respondidos fuera del plazo previsto por la ley o con información incompleta. Las estadísticas vitales de 2020 no fueron publicadas hasta julio 2021, y los datos de IVE relativos a 2020 en agosto de 2021 aún no eran públicos (aunque sí fueron facilitados luego de reiterar los pedidos). Recordamos que el acceso a la información pública es un pilar de la transparencia y la rendición de cuentas. Las demoras en su publicación y las dificultades para acceder a ella repercuten negativamente en su uso, debilitan las instituciones y las políticas públicas, además de que generan alertas en la población y en distintas organizaciones que abogan por la transparencia y el derecho a la información.

Bibliografía

Amnistía Internacional. (2017). *Embarazo infantil en Uruguay. Aportes para la agenda.* Obtenido de https://www.amnistia.org.uy/files/pdf/Embarazo-infantil-en-Uruguay-Aportes-para-la-agenda.pdf.

Amnistía Internacional. (2021). *Informe Anual Capítulo Ampliado sobre Uruguay 2020.* Obtenido de https://www.amnistia.org.uy/files/site/Informe-Anual-Capitulo-ampliado-sobre-Uruguay-2020-21.pdf.

Amnistía Internacional. (2021). *Informe global 2020/21: La situación de los derechos humanos en el mundo.* Obtenido de https://www.amnistia.org.uy/files/site/InformeAnual2020-21.pdf.

Briozzo, L. et al. (2020). *Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.* Rev. Méd. Urug., 2020; 36(4):436-444 doi: 10.29193/RMU.36.4.12. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n4/1688-0390-rmu-36-04-249.pdf.

Cardozo, S. (2018). *Atención en salud sexual y reproductiva de migrantes afrocaribeñas en Uruguay.* FLACSO México – Uruguay.

CLADEM. (2016). *Jugar o parir. Embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe.* Obtenido de https://cladem.org/publicaciones-regionales/jugar-parir/.

CLADEM. (2016). *Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe.* Obtenido de https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf.

Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) (2020) *Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional.* Obtenido de http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1338/LINEAMIENTOS%2010.11%20%281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) (2019). *Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Aportes de evidencia socio-sanitaria y jurídica en la región.* Obtenido de http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1273/P1_Embarazo%20y%20maternidad%20en%20ni%c3%b1as%20y%20adolescentes%20menores%20de%2015%20a%c3%b1os.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

IMPO. (1990). *Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño.* Obtenido de http://www.impo.com.uy/bases/leyes/16137-1990/1.

IMPO. (2001). *Acompañamiento a la Mujer en el Preparto, Puerperio y Nacimiento.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001.

IMPO. (2004). *Código de la Niñez y la Adolescencia.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004/27

IMPO. (2008). *Ley General de Educación.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18637-2009/16

IMPO. (2008). *Ley de Migraciones.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18250-2008/76

IMPO. (2008). *Salud Sexual y Reproductiva.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008

IMPO. (2012). *Interrupción Voluntaria del Embarazo.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012

IMPO. (2017). *Violencia hacia las Mujeres, Basada en Género.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017

IMPO. (2018). *Prevención y Combate a la Trata de Personas.* Obtenido de http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19643-2018

IMPO. (2019). *Modificación del Capítulo XI del Código de la Niñez y la Adolescencia incorporando al SIPIAV.* Obtenido de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19747-2019#:~:text=%2D%20Cr%C3%A9ase%20con%20car%C3%A1cter%20permanente%20el,Ni%C3%B1o%20y%20Adolescente%20del%20Uruguay.

Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2021). *La infancia que no queremos ver.* Obtenido de https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/infancia-queremos-ver.

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Manual para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo.* Obtenido de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/resolucion-n-469017-manual-procedimientos-para-manejo-sanitario-ive.

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS.* Obtenido de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-para-el-abordaje-de-situaciones-de-violencia-sexual-hacia

Mujer y Salud en Uruguay (2020). *Aborto en cifras.* Obtenido de https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2020/12/ABORTO-EN-CIFRAS.pdf.

Mujer y Salud en Uruguay (2020). *Anticoncepción en Uruguay.* Obtenido de https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/fact-sheet_anticoncepcio_n-en-cifras-2021-2.

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2020). *Fertility among very young adolescents aged 10-14 years.* Nueva York (Documento ST/ESA/SER.A/448).

Presidencia de la República. (2020). *Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes.* Obtenido de https://uruguay.unfpa.org/es/publications/mapa-de-ruta-para-la-atenci%C3%B3n-de-ni%C3%B1as-y-adolescentes-menores-de-15-a%C3%B1os-en-situaci%C3%B3n

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

SIPIAV. (2021). *Informe de Gestión 2020.* Obtenido de https://www.inau.gub.uy/sipiav/informes-de-gestion-sipiav.

UNFPA. (2013). *Estado de la población Mundial. "Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo adolescente".* Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf.

UNFPA. (2016). *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay.* Obtenido de https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternidad%20en%20adolescentes%20y%20desigualdad%20social%20en%20Uruguay.pdf.

UNFPA. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.* Obtenido de https://lac.unfpa.org/es/publications/informe-consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-seis-pa%C3%ADses-de.

UNFPA. (2017). *Evaluación del programa de educación sexual.* Obtenido de https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Presentaci.pdf

UNFPA, MSP, UDELAR. (2019). *Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis.* Obtenido de https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa-Maternidad-Implantes_2019-10-23-web.pdf.

UNICEF (2014) *Edades mínimas legales para la realización de los derechos de los y las adolescentes.* Obtenido de https://www.unicef.org/lac/media/2646/file/PDF%20Edad%20m%C3%ADnima%20para%20el%20consentimiento%20sexual.pdf.

Sitios web:

https://uruguay.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-4. Consultado 10/08/2021

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-161957. Consultado 04/08/2021

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy. Consultado 28/07/2021