



VIDAS ROBADAS

Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años



Ximena Casas Isaza
Oscar Cabrera
Rebecca Reingold
Daniel Grossman

Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años



Desde 1971, **Planned Parenthood Federation of America** (PPFA) ha trabajado a través de su programa internacional, Planned Parenthood Global, para asegurar la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en los lugares más necesitados del mundo. Nos enorgullece el trabajo para globalizar la misión de Planned Parenthood, a través del apoyo a organizaciones asociadas que comparten nuestras metas. Los esfuerzos de Planned Parenthood Global se basan en una filosofía de trabajo colaborativo y alianzas estratégicas entre nuestras organizaciones socios de la región y la comunidad jurídica y de salud para posicionar la agenda de los derechos sexuales y reproductivos. Las áreas de prioridad para Planned Parenthood Global son:

- Acceso a educación y servicios de alta calidad en salud sexual y reproductiva.
- Acceso a adolescentes y mujeres marginadas con escasos recursos y otras poblaciones que carecen de servicios de salud reproductiva.
- Mejorar los ambientes sociales, legales, y políticos a favor de la salud sexual y reproductiva.
- Promover el intercambio de experiencias y aprendizajes para mejorar los programas y servicios.



Tabla de Contenidos

05	Agradecimientos	
06	Resumen ejecutivo	
13	Introducción	
	Planteamiento del problema	13
	Justificación	15
	Estructura del informe	16
17	Metodología	
20	Aspectos éticos	
21	Parte 1. Impacto de las maternidades forzadas en la salud pública	
	Resultados comunes	22
	• Resumen de las investigaciones	22
	• Entorno social: pobreza y vulnerabilidad	22
	• Modalidad de parto: Prevalencia de cesáreas	23
	• Intento de aborto	23
	• Intento o pensamientos de suicidio al saber del embarazo	24
	• Complicaciones en la salud física de las niñas (9-14 años)	24
	• Repercusiones en la salud mental de las niñas (9-14 años)	25
	• Repercusiones en la salud social de las niñas (9-14 años)	26
	• Componentes de la atención prenatal	26
	• Complicaciones del puerperio	27
	• Anticoncepción post parto	27
	• Condiciones del niño/a al momento del nacimiento	27
	• Estigmatización percibida por las niñas (9-14 años)	28
	• La iniciación sexual forzada y no deseada ocurre en edades tempranas	28
	• El agresor suele ser cercano al entorno de la niñas	28
	Consecuencias de las maternidades en edades tempranas en la salud integral de niñas (9-14 años)	30

37	Parte 2. Historias de Vidas Robadas: La historia de una, la historia de muchas	
	S, 14 años, Ecuador: un testimonio sobre violencia sexual y obstétrica	38
	Juana, 14 años, Guatemala: un testimonio sobre la afectación a la salud mental	40
	Ana, 12 años, Guatemala: un testimonio sobre la re-victimización, las falencias de la falta de respuesta integral a las víctimas de violencia sexual y el impacto de una maternidad forzada	42
	Diana, 14 años, Nicaragua: un testimonio sobre las diferentes violencias	44
	Marta, 14 años. Guatemala: un testimonio sobre los matrimonios tempranos, la violencia intrafamiliar y la falta de perspectiva de género dentro del sistema judicial	45
47	Parte 3. Respuesta del sistema estatal a niñas víctimas de violencia sexual	
	Marco normativo nacional	48
	• Legislación ecuatoriana en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad	48
	• Legislación guatemalteca en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad	50
	• Legislación nicaragüense en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad	52
	• Legislación peruana en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad	54
	Respuesta judicial	55
	Respuesta de los sistemas de salud	57
61	Parte 4. Responsabilidad estatal en materia de derechos humanos a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual	
	Interseccionalidad de la violencia y discriminación contra las niñas	62
	Interdependencia de los derechos humanos violados	63
	• Derecho a estar libre de violencia	63
	• Derecho a estar libre de violencia sexual	65
	• Derecho a estar libre de violencia institucional	66
	• Derecho a la salud	67
	• Derecho a estar a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes	69

	• Derecho a estar libre de discriminación	69
	• Derecho a la información	71
	• Derecho a la vida digna	72
74	Conclusiones	
76	Recomendaciones	
	A la Comisión Interamericana de Derechos Humanos	76
	A la Organización Panamericana de la Salud	76
	A los Estados	77
79	Sumarios ejecutivo países	
	Resumen Ejecutivo del Informe Nacional de Vidas Robadas en Ecuador	80
	Resumen Ejecutivo del Informe Nacional de Vidas Robadas en Guatemala	83
	Resumen Ejecutivo del Informe Nacional de Vidas Robadas en Nicaragua	86
	Resumen Ejecutivo del Informe Nacional de Vidas Robadas en Perú	90
94	Notas Finales	

Abreviaturas

CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
Convención contra la Tortura	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
Convención de la Niñez	Convención sobre los Derechos del Niño
Comité de CEDAW	Supervisa la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
Comité contra la Tortura	Supervisa la aplicación de Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
Comité de Derechos del Niño	Supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño
Sistema regional de derechos humanos	
Convención Americana	Convención Americana sobre Derechos Humanos
Convención de Belém do Pará	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer
Protocolo de San Salvador	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CoIADH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo

Agradecimientos

Planned Parenthood Global quisiera manifestar su agradecimiento a las niñas y adolescentes, así como a sus familias que compartieron sus experiencias con nosotras. Este informe no hubiera sido posible sin su franqueza y la confianza depositada.

Este informe es una publicación conjunta de Planned Parenthood Global, el O’Neill Institute for National and Global Health Law e Ibis Reproductive Health. La conceptualización del informe y la supervisión de la investigación cuali-cuantitativa del mismo estuvieron a cargo de **Ximena Casas Isaza**, Oficial Senior para Incidencia de Planned Parenthood Global; **Oscar Cabrera**, Director Ejecutivo y Profesor adjunto del O’Neill Institute for National and Global Health Law; **Rebecca Reingold**, Asociada del O’Neill Institute for National and Global Health Law y; **Dr. Daniel Grossman**, quien era el Vicepresidente de Investigación del Ibis Reproductive Health al momento de conducir esta investigación.

Virginia Gómez de la Torre, Directora Ejecutiva de la Fundación Desafío, **Paula Castello**, consultora y **María Rosa Cevallos**, Oficial de Programas de Incidencia para Ecuador de Planned Parenthood Global, fueron las autoras de la investigación nacional de Vidas Robadas en Ecuador; el **Dr. Héctor Fong** y el **Observatorio de Salud Reproductiva de Guatemala (OSAR)** fueron los autores de la investigación nacional de Vidas Robadas en Guatemala; la **Dra. Ligia Altamirano** y la **Asociación de Mujeres Axayacatl** fueron las autoras de la investigación nacional de Vidas Robadas en Nicaragua; y el Dr. Luis Távara y la organización **PROMSEX** fueron los autores de la investigación nacional de Vidas Robadas en Perú.

Esta publicación no hubiera sido posible sin el apoyo recibido por el equipo de la Oficina Regional para América Latina de Planned Parenthood Global. **Carla Aguirre**, **Dosia Calderón**, **Fabiola Carrión**, y **Belissa Guerrero**, Oficiales de Programa para Incidencia, ayudaron a coordinar los procesos de investigación nacional. La **Dra. Linda Valencia**, **Ana María Rodas** y **Pilar Montalvo**, Oficiales de Programa de Incidencia en los respectivos países ofrecieron sustantivas revisiones a las investigaciones nacionales y aportaron innumerables perspectivas de análisis para la compilación regional. **Heather Sayette**, **Jessica Getz** y **Diana Santana**, Sub Directoras Regionales ofrecieron un apoyo fundamental para mantener la coordinación de los procesos nacionales. **Dee Redwine**, Directora Regional, ofreció aportes y apoyo fundamental para la elaboración del borrador y producción de este informe.

Resumen Ejecutivo

En América Latina el embarazo en menores de 15 años es un grave problema de salud pública y derechos humanos. El riesgo de muerte materna en madres menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores. Dentro de la literatura científica existe numerosa evidencia que demuestra que las menores de edad embarazadas tienen resultados maternos y neonatales peores en comparación con las mujeres de 20 a 24 años de edad.

El embarazo en niñas y adolescentes también tiene riesgos para su salud mental y su salud social. Muchos de los embarazos que ocurren en adolescentes menores de 15 años son producto de una violación sexual, fenómeno que además de cobrar especial notoriedad social, constituye también un delito.

Frecuentemente, bajo estas circunstancias, las adolescentes menores de 15 años embarazadas enfrentan una maternidad no planificada porque en muchos países de la región el aborto está duramente penalizado¹ y el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva es deficiente.

Este informe documenta las consecuencias en la salud integral de los embarazos en menores de 15 años y denuncia: 1) las consecuencias de la falta de acceso de víctimas de violencia sexual a servicios integrales en salud sexual y reproductiva; 2) la penalización del aborto por la causal violación en Guatemala y Perú, la penalización total del aborto en Nicaragua y, la parcial despenalización del aborto por causal violación en Ecuador, en donde solo se permite a mujeres con discapacidad mental y 3) el enfoque biomédico sobre la afectación de los embarazos no deseados, particularmente producto de una violación, tienen en la salud física de las niñas y adolescentes, obviando las repercusiones en la salud mental y social.

Planned Parenthood Global ha trabajado con dos consultores regionales: el Dr. Dan Grossman y Oscar Cabrera, para crear la metodología de este estudio. La metodología fue aplicada en cuatro países: Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. En cada uno de estos países, se trabajó con investigadores y nuestras organizaciones socias para llevar a cabo las investigaciones y producir un informe nacional en cada país. Adicionalmente, se trabajó en la recopilación de los resultados comunes de estos cuatro informes, incorporando un análisis legal y de salud, los cuales se presentan en este informe.

La **PRIMERA PARTE** del informe evalúa el impacto en la salud integral que tienen los embarazos en niñas de 9-14 años, así como las consecuencias de la violencia sexual en su salud integral y su proyecto de vida. A pesar del reducido tamaño de la muestra de cada estudio, se identificaron resultados adversos que fueron luego fundamentados en la bibliografía publicada. A continuación se resumen estos hallazgos.

Salud física

En la mayoría de los estudios, una gran parte de las participantes sufrió alguna complicación con su embarazo, entre las cuales las más comunes fueron anemia, náuseas/vómitos o infecciones urinarias o vaginales. Sin embargo, se observaron varios casos de complicaciones más severas, entre ellas, preeclampsia-eclampsia, ruptura de membranas y parto prematuro. Cabe destacar que para el estudio realizado en Perú y Guatemala se inscribieron niñas que habían dado a luz en hospitales o que se habían presentado para recibir atención prenatal y que, por lo tanto, habían recibido atención médica a lo largo del embarazo. Los resultados de las adolescentes muy jóvenes probablemente sean peores entre aquellas que acudieron a menos visitas para cuidados prenatales o que no acudieron a ninguna. En lo que respecta a resultados neonatales, se destaca que incluso en los estudios relativamente pequeños realizados para este informe, se tomó nota de las muertes neonatales y prenatales.

Fueron notables varios otros resultados adversos alrededor del momento del parto. En el estudio realizado en Perú, el 24% había tenido complicaciones alrededor del momento del parto, incluidos hemorragia posparto e infecciones. Hubo dos casos de hemorragia y un caso de mastitis entre las niñas menores de 15 años de edad del estudio de Nicaragua. En Guatemala y Nicaragua cerca de la mitad de las niñas tuvieron un parto por cesárea. La prevalencia del parto por cesárea entre niñas de 14 años o menos en Perú fue apenas inferior (34%) en comparación con la de los otros tres países. Cabe destacar la forma en la que el parto por cesárea afecta a las niñas en esa edad tan temprana, incluidos serios riesgos inmediatamente después de la cirugía, complicaciones tardías, entre ellas, la formación de adherencias, y riesgos durante la cirugía subsiguiente, así como una alta probabilidad de tener que tener partos por cesárea con sus futuros embarazos.

Salud mental

En cada uno de los cuatro estudios para cada país, una proporción importante de niñas y adolescentes que habían dado a luz informaron síntomas de depresión, ansiedad y, en particular para las que habían sido atacadas sexualmente, de estrés post-traumático. Tanto en Perú como en Nicaragua, el 7-14% de las participantes informaron haber contemplado el suicidio durante su embarazo.

Salud social

En cada estudio por país, las adolescentes embarazadas provenían de familias pobres y extremadamente pobres, que muchas veces vivían en las afueras de las ciudades o en áreas semi-rurales o rurales. Estas niñas tenían niveles educativos bajos y una gran proporción de ellas no habían vuelto a la escuela al momento de la entrevista de seguimiento, aunque en la mayoría de los países esta entrevista se realizó varios meses después del parto.

La **SEGUNDA PARTE** presenta el rostro de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años, compartiendo las historias de 5 niñas.

S,14 años, Ecuador:

Un testimonio sobre violencia sexual y obstétrica

S² quedó embarazada cuando tenía 13 años producto de una violación ocasionada por su padre, quien la violó de manera sistemática desde que ella tenía unos 12 años aproximadamente, bajo la amenaza que si no se dejaba mataría a su hermano. Cuando S quedó embarazada a los 13 años no sabía que lo estaba pues desconocía por completo que era el estar embarazada. Su testimonio además permite evidenciar que este embarazo impuesto y ajeno a su voluntad, ha traído adicionalmente una carga económica para la que ni ella ni su familia estaban preparadas. S a su temprana edad, no solo tuvo que padecer la violencia de su padre y los efectos del abandono producidos por una familia desestructurada, sino también la violencia obstétrica al no brindársele servicios integrales

de salud sexual y reproductiva, y especializados. Por el contrario, tuvo que sufrir los comentarios y tratamientos de un personal médico que no tuvo en cuenta su situación de víctima de violencia sexual y su entorno social.

Juana, 14 años, Guatemala:

Un testimonio sobre la afectación a la salud mental

Juana³, una niña indígena de 14 años en Guatemala fue víctima de violencia sexual por parte de su medio hermano a los 12 años, a los 13 años se produjo el embarazo y fue atendida en un centro de salud de la municipalidad. La familia de Juana es extremadamente pobre. Siguiendo el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, Juana es enviada a una casa materna. En este lugar permaneció dos meses, en los cuáles se dio seguimiento al proceso legal de protección, pero no al proceso penal contra el violador. Luego Juana, con siete meses de embarazo, es trasladada a otro albergue, en donde permanece 20 días, esta situación la aleja del lugar donde se ventila el proceso penal y la aleja de su familia. La estancia en este albergue significó para Juana un cambio social y cultural muy grande. Al llegar a las 39 semanas de embarazo Juana manifiesta incertidumbre sobre su futuro, no sabe qué va a ser de su vida. Su salud mental está en riesgo, presenta cierto grado de depresión.

Ana, 12 años, Guatemala:

Un testimonio sobre la re-victimización, las falencias de la falta de respuesta integral a las víctimas de violencia sexual y el impacto de una maternidad forzada

Ana⁴, una niña indígena en Guatemala y que al igual que Juana, no habla castellano, fue violada por su padrastro cuando tenía 12 años. En la ruta de atención se constata que si bien el sistema de atención intenta protegerla, en el proceso Ana resulta re-victimizada al separarla de su familia y al ser trasladada como victimaria en una patrulla de la policía, entre

personas que ella no conocía. De igual manera, no se tomó en cuenta el riesgo obstétrico y las posibles complicaciones que podía enfrentar Ana en los traslados de un departamento a otro. Tampoco el contexto cultural donde fue ubicada que era muy distinto al de su origen. Cuando Ana fue llevada al centro de convergencia, por tratarse de una niña menor de 14 años, el enfermero hizo la denuncia en el Ministerio Público. Sin embargo, no se inició la investigación. Ante la inacción de las autoridades, el personal del centro de convergencia convocó a una asamblea comunitaria para dilucidar el caso. Con asesoría de organizaciones locales indígenas, la comunidad tomó acuerdos basados en el sistema jurídico maya: “El padrastro de la niña, se hará responsable de los gastos durante el embarazo, parto, y manutención del bebe” sentenciaron⁵. Por su parte, la Procuraduría General de la Nación⁶, ordena a la Dirección General de la Policía Nacional Civil, el rescate inmediato de la menor. Al momento del rescate, Ana tiene ocho meses de embarazo y es trasladada de su casa a la estación policía. Ese mismo día es trasladada a otro departamento y luego al hogar seguro en la ciudad capital de Guatemala⁷. El traslado se hizo entregándola de una patrulla a otra. Cuando Ana ya estaba en su último mes de embarazo, la trasladan y la ubican a cargo de una familia sustituta otorgada por la Secretaria Bienestar. Ana tuvo un parto por cesárea y el recién nacido quedó hospitalizado por cinco días, por presentar asfixia perinatal, apgar de 5 y 7. Ana luego es reingresada y la hospitalizan por 10 días, el riesgo médico era muy alto.

Diana, 14 años, Nicaragua: Un testimonio sobre las diferentes violencias

Diana⁸, una niña de 14 años de Nicaragua fue víctima de una violencia prolongada. A partir de los 9 años, Diana empezó a sufrir agresiones de acoso y violencia sexual por parte de su abuelo materno de 58 años. Durante toda su niñez, Diana vivió una relación de poder generada por su abuelo, quien la manoseaba, la acosaba y le decía que ella sería para él y para nadie más. En reiteradas ocasiones, Diana fue abusada sexualmente por parte de su abuelo materno, bajo amenazas. El agresor (abuelo) infringió maltrato psicológico en contra de Diana para dominarla a tal grado de llegar a controlar todas sus actividades y comportamiento, nunca permitió que Diana se relacionara con ninguna otra persona. Incluso después de nacer el menor hijo de la también menor de catorce años, el agresor la ha buscado y amenazado con arma de fuego a las personas que la conocen, con el fin de

saber su ubicación. Diana narra en su testimonio que cuando tenía nueve años, su abuelo la violó aprovechando que ella le llevaba la comida al monte donde él sembraba. A partir de ese día la violaba en repetidas ocasiones poniéndole unas tijeras en el cuello bajo amenaza de enterrárselas en el pecho si ella gritaba, también la amenazaba con cortar la cabeza y dársela a los perros si ella le contaba a alguien lo que estaba pasando y con matar a su abuela si le contaba.

Marta, 14 años. Guatemala:

Un testimonio sobre los matrimonios tempranos, la violencia intrafamiliar y la falta de perspectiva de género dentro del sistema judicial

Marta⁹ conoció a quién ahora es su esposo, en su comunidad, eran novios desde que tenía doce años, un día los hermanos de Marta los descubrieron teniendo relaciones sexuales en la casa de ella. Ante esto la madre de Marta enfrentó al muchacho, exigiéndole que debía casarse con la niña y hacerse cargo de ella. El joven se negó, por lo tanto la madre de Marta se presentó a un juzgado y puso la denuncia, exigiendo que el joven se casara con su hija. Los jueces le exigieron al joven que se debía casar y si no, lo meterían a la cárcel. Desde que se casaron, Marta ha sufrido violencia física y psicológica. Su esposo no permite que Marta se acerque a su familia. Marta fue agredida por su esposo a las 4 semanas después del parto, en esa ocasión intentó ahorcarla. La respuesta del juez a esta petición de ayuda fue que *“son cosa de pareja, que dejara que ellos vivieran solos y que le dijera a su hija que se portara bien y no diera motivo a su esposo para que le pegara”*. Durante el embarazo Marta tuvo frecuentes infecciones urinarias, el parto se resolvió por cesárea porque el bebé venía en posición podálica. Marta tuvo complicaciones posoperatorias, permaneció 5 días en el hospital, su hijo peso 5 libras al nacer.

La **TERCERA PARTE** del documento aborda los marcos normativos de Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú en materia de violencia contra la mujer y la salud sexual y reproductiva y las respuestas de los sistemas estatales respectivas a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

La **CUARTA PARTE** considera el carácter interseccional de la violencia y discriminación causada por las maternidades forzadas entre las niñas y adolescentes de 9-14 años, subrayando los derechos humanos violados bajo estas circunstancias. En ese sentido, se analiza la responsabilidad de los estados, quienes no solo tienen una responsabilidad de prevención, sino también de responder de manera adecuada cuando las niñas y adolescentes experimentan violencia, particularmente cuando quedan embarazadas como resultado de una violencia sexual. La violencia es un fenómeno que afecta a todas las personas. Sin embargo, las normas, creencias, prejuicios y estereotipos negativos de género que imperan en la sociedad tienden a subordinar y devaluar a las mujeres y las niñas, así como su dependencia afectiva, económica, o social, las hacen más vulnerables a ésta. Por lo que la violencia contra la mujer constituye una forma de discriminación. El derecho internacional de los derechos humanos reconoce que las personas pueden pertenecer a diferentes categorías protegidas al mismo tiempo y, por tanto, enfrentar formas de discriminación múltiple, cuyo efecto es distinto en virtud del cruce de estas categorías. Como resultado de esto, la discriminación experimentada por las mujeres frecuentemente requiere un análisis interseccional, el cual es una herramienta de gran utilidad teórica, conceptual y política en el abordaje de la multiplicidad y simultaneidad de la opresión que sufren las mujeres.

FINALMENTE, el informe ofrece algunas conclusiones y recomendaciones a los tomadores de decisiones claves de cómo pueden abordar este grave problema.

Introducción

Planteamiento del problema

En América Latina el embarazo en menores de 15 años es un grave problema. En Ecuador, en la última década y según datos censales, se ha incrementado en un 74%, lo que quiere decir, que aproximadamente 4000 adolescentes menores¹, están embarazadas o son madres². En Nicaragua, el número de embarazadas entre 10 y 14 años aumentaron el 47% en 9 años, pasando de 1,066 en el año 2000, a 1,577 en el 2009³. En Guatemala en el año 2014 se reportaron 5,100 partos de niñas entre 10 y 14 años⁴. Y en Perú, aproximadamente 50 mil nacimientos al año son de madres menores de 20 años y, según la estadística del 2013 del Ministerio de Salud, más de 1,100 partos son de madres de solo 12 y 13 años. Es decir, tres o cuatro niñas entre los 12 y 13 años se convierten en madres por día en el Perú⁵.

El embarazo en niñas y adolescentes⁶, está considerado como uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a las mujeres⁷. El riesgo de muerte materna en madres menores 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 mujeres mayores. Dentro de la literatura científica existe numerosa evidencia que demuestra que las menores de edad embarazadas tienen resultados maternos y neonatales peores en comparación con las mujeres de 20 a 24 años de edad. Los riesgos asociados con el embarazo en adolescentes - y especialmente para las embarazadas de 15 años o menos - incluyen un mayor riesgo de muerte materna, infecciones, eclampsia, parto prematuro y la mortalidad y morbilidad neonatal.

El embarazo en niñas y adolescentes también tiene riesgos para su salud mental y su salud social. En el área de la salud mental, se han observado altas tasas de síntomas depresivos en las adolescentes durante el embarazo y el postparto, que en general son más altas que las de la población adulta⁸. Cuando una adolescente menor de 15 años queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y nunca para bien. Termina abruptamente su ciclo educativo, enfrenta serios problemas de salud que pueden llevarla a enfermar gravemente, incluso a la muerte, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia. Sin embargo, pocos estudios han documentado los riesgos para la salud mental y el impacto social del embarazo precoz, particularmente en menores de 9 a 14 años.

Muchos de los embarazos que ocurren en adolescentes menores de 15 años son producto de una violación sexual, fenómeno que además de cobrar especial notoriedad social, constituye también un delito⁹. Hasta el 90% de los embarazos de adolescentes menores de 14 años son producto de violación¹⁰. El Perú es el país con mayores denuncias por violencia sexual en América del Sur, hay 63,524; 4 de 5 son en menores de edad¹¹. 90 de cada 100 embarazos de niñas menores de 15 años se debieron a incesto¹² y, 34 de cada 100 que quedaron embarazadas tenían entre 10 a 19 años¹³. Sobre los agresores se sabe que 76 de cada 100 eran hombres que tenían relación directa con la víctima (padre, padrastro, tutor, profesor, adulto al cuidado de la niña)¹⁴. Como consecuencia, en el Perú hay 3,500 embarazos por violación al año¹⁵ y 29 de cada 100 muertes maternas en adolescentes están vinculadas al aborto inseguro¹⁶. En Nicaragua, casi la mitad de las mujeres reportaron que su primera experiencia de abuso sexual ocurrió a una edad menor de los 15 años (49 por ciento), mientras que un cuarto de las mujeres con experiencia de sexo forzado reportó el primer sexo forzado a esa misma edad (26 por ciento)¹⁷. En Guatemala, en el año 2014 se reportaron 5,100 partos de niñas entre 10 y 14 años¹⁸. En Ecuador, el embarazo en menores de 14 años es un grave problema de salud pública, en la última década y según datos censales, se ha incrementado en un 74%, lo que quiere decir, que aproximadamente 4000 adolescentes menores, están embarazadas o son madres¹⁹. La situación de violencia sexual que las niñas y adolescentes pueden atravesar afecta intensamente sus vidas.

La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y adolescentes a tener sexo en contra de su voluntad²⁰. "Tal vez la niña o adolescente afectada no lo identifique como una violación, aunque haya sido una situación contra su voluntad pero "aceptada" por no haber podido oponerse. Estas situaciones son muy frecuentes en el inicio sexual cuando hay una diferencia de edad significativa entre el hombre y la niña/adolescente"²¹.

Frecuentemente, bajo estas circunstancias, las adolescentes menores de 15 años embarazadas enfrentan una maternidad no planificada porque en muchos países de la región el aborto está duramente penalizado²² y el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción oral de emergencia²³, es deficiente o incluso inexistente. En Perú²⁴ y Guatemala²⁵ el aborto por la causal violación está penalizado. En el Ecuador, solo se permite cuando la mujer sufre una discapacidad mental²⁶. Sin embargo, en estos tres países se permite el aborto terapéutico, es decir, se permite la interrupción legal del embarazo cuando la vida y/o la salud de la mujer están en riesgo²⁷. En Nicaragua, el aborto está totalmente penalizado. Pero la norma administrativa que regulaba el antiguo artículo 165 del Código Penal de Nicaragua²⁸, interpretaba dentro de las causales del aborto terapéutico, la causal violación²⁹.

Si bien el Perú, Ecuador, Guatemala y Nicaragua han adoptado medidas activas para abordar la violencia de género, continuar penalizando el aborto practicado a quienes sufrieron una violación sexual obstaculiza la posibilidad de estos Estados de abordar eficazmente los altos índices de violencia contra la mujer, particularmente contra las niñas y adolescentes. Obligar a las adolescentes menores de 15 años llevar un embarazo no planeado y no deseado a término, particularmente un embarazo producto de una violación es una violación de sus derechos humanos³⁰ y una tortura³¹.

Justificación

Por esta razón, Planned Parenthood Global y sus organizaciones socias³² realizaron una investigación en Perú, Ecuador, Guatemala y Nicaragua para evaluar el impacto en la salud integral que tienen los embarazos en niñas de 9-14 años. Este informe, titulado **“Vidas Robadas”**, es la compilación de los factores comunes que encontramos en las investigaciones nacionales lideradas por nuestras socias de país³³, con el fin de evidenciar de manera integral la afectación que tiene el embarazo precoz en todas las dimensiones de la salud (física, mental y social) de las niñas de 9-14 años y sus derechos humanos.

La finalidad general de este análisis cuali-cuantitativo es concientizar y sensibilizar sobre la violencia contra las niñas a nivel nacional y regional. Particularmente esperamos:

- Poder iniciar un dialogo con los tomadores de decisión sobre la necesidad de tener políticas públicas y acciones concretas que acaben con la pandemia de la violencia sexual contra las niñas y adolescentes.
- Ofrecer herramientas para discutir aspectos a tener en cuenta para garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva a víctimas de violencia sexual, que incluyan, la anticoncepción oral de emergencia, educación sexual e información en derechos sexuales y reproductivos y servicios de interrupción legal del embarazo.
- Enriquecer el acervo de conocimientos sobre el impacto en la salud integral de un embarazo no planificado en niñas de 9-14 años.
- Fomentar el cambio motivando a tomadores de decisión y prestadores de servicios públicos a diseñar y aplicar estrategias con base en evidencia científica para prevenir y responder a la violencia contra las niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe.

Estructura del informe

La primera parte del informe evalúa el impacto en la salud integral que tienen los embarazos en niñas de 9-14 años, así como las consecuencias de la violencia sexual en su salud integral y su proyecto de vida. La segunda parte presenta el rostro de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años, compartiendo las historias de 5 niñas. La tercera parte del documento aborda los marcos normativos de Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú en materia de violencia contra la mujer y la salud sexual y reproductiva y las respuestas de los sistemas estatales respectivas a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. La cuarta parte considera el carácter interseccional de la violencia y discriminación causada por las maternidades forzadas entre las niñas y adolescentes de 9-14 años, subrayando los derechos humanos violados bajo estas circunstancias. Finalmente, el informe ofrece algunas conclusiones y recomendaciones a los tomadores de decisiones claves de cómo pueden abordar este grave problema.

Metodología

Diseño y muestra del estudio

Este estudio incluyó tres componentes generales, aunque no todos los componentes se implementaron en cada país. Estos componentes incluyeron entrevistas cualitativas en profundidad, una revisión de la historia clínica de las participantes –adolescentes y niñas embarazadas o en posparto– y la recopilación y análisis de estadísticas agregadas a nivel hospitalario sobre nacimientos en niñas y adolescentes. Hemos llevado a cabo entrevistas en profundidad con mujeres jóvenes menores de 18 años, entre ellas algunas menores de 15 años, que habían dado a luz en los últimos dos años o que estaban actualmente embarazadas. También llevamos a cabo entrevistas en profundidad con padres o tutores de las jóvenes que estaban embarazadas, y con personal del hospital (médicos y trabajadores sociales) que atendieron a las adolescentes que estaban embarazadas. En el caso de las chicas que fueron reclutadas durante el embarazo, también se intentó llevar a cabo una entrevista de seguimiento dentro de los tres meses después de haber dado a luz. En el caso de las jóvenes que habían estado embarazadas recientemente, también pedimos permiso para revisar los registros médicos relacionados con el embarazo y el parto. En cada país, se entrevistó a un máximo de 20 personas para cada una de estas categorías (un total de hasta 60 participantes en cada país). Además, en cada país, los investigadores revisaron estadísticas no identificables provenientes de grandes hospitales para identificar la proporción de todos los nacimientos que ocurrieron en niñas y adolescentes; la tasa de cesárea de las mujeres jóvenes en comparación con las mujeres maduras, y las tasas de complicaciones perinatales.

Población de estudio, criterios de inclusión/exclusión

Las mujeres elegibles para participar en el estudio fueron aquellas menores de 18 años de edad que estaban embarazadas o que dieron a luz en los últimos dos años. Las participantes, en su mayoría, también eran capaces de comunicarse en castellano, ya que hubo algunas de comunidades indígenas que no hablaban castellano y para lo cual se solicitó apoyo en traducción. Además, entrevistamos a padres y tutores de las jóvenes embarazadas, así como a médicos y trabajadores sociales que atendían a las adolescentes embarazadas en los hospitales públicos en cada uno de los países.

Reclutamiento

Se reclutaron mujeres jóvenes que estaban embarazadas o que recientemente habían dado a luz en clínicas del sector público u hospitales donde estas mujeres buscaron atención. El personal clínico identificó posibles participantes, y el personal de investigación se acercó a ellas y las estudió de forma preliminar para confirmar su interés y elegibilidad. Los padres y tutores fueron abordados a través de la joven (y si la joven era menor de 18 años de edad, se obtuvo el consentimiento del padre o tutor). Se abordaron y reclutaron miembros del personal del hospital en hospitales del sector público en cada uno de los países.

Recopilación de datos

Se invitó a participar de una entrevista al personal del hospital (médicos y trabajadores sociales) que cuidaban de las adolescentes embarazadas en los hospitales del sector público en cada uno de los países; la entrevista se llevó a cabo en el establecimiento de salud a la hora que les resultó conveniente. La entrevista se centró en su formación profesional, sus percepciones sobre el alcance del problema del embarazo adolescente en su establecimiento, incluyendo problemas médicos comunes y el uso de anticonceptivos.

Se invitó a las mujeres jóvenes y a su(s) padre(s) o tutor(es) a participar de una entrevista en el momento y lugar que fuera conveniente para ellos. Los padres o tutores de participantes menores de edad estuvieron presentes durante la entrevista si la menor estaba de acuerdo. La entrevista se centró en las circunstancias que rodearon el embarazo; si la participante tenía alguna complicación de salud física o mental durante el embarazo, el parto así como sobre el estado de la salud del niño. Puede que las mujeres hayan sido entrevistadas más de una vez si había un problema de salud física o mental que estaba siendo tratado. Las adolescentes que estaban embarazadas en el momento del reclutamiento fueron entrevistadas aproximadamente tres meses después del parto; si fueron entrevistadas al principio del embarazo, se solicitaron entrevistas adicionales durante el embarazo.

También se pidió permiso a las adolescentes y niñas embarazadas o recientemente embarazadas para revisar sus registros médicos. El propósito de esta revisión fue identificar cualquier complicación de salud física o mental que se hubiera desarrollado durante el embarazo, así como cualquier complicación relacionada con el parto y con la salud del recién nacido. Los participantes no recibieron ningún reembolso por su participación.

Análisis

Se utilizó estadística descriptiva para presentar la mayoría de las variables. En el caso de Perú, se utilizaron pruebas chi-cuadrado y pruebas T para identificar las diferencias entre las adolescentes más jóvenes y las más grandes. También se realizó un análisis cualitativo de las respuestas a preguntas abiertas.

Cuestiones éticas

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de todos los participantes de nuestro estudio. Los participantes recibieron una copia del formulario de consentimiento informado en donde se describía la investigación y a quién contactar en caso de tener preguntas. Si la participante era menor de 18 años de edad, se obtuvo tanto el consentimiento del padre o tutor legal de la participante como de ella misma.

Obtuvimos una exención de consentimiento informado para la recolección de estadísticas no identificables a nivel hospitalario sobre nacimientos en adolescentes. El estudio recibió la aprobación ética de la Junta de Revisión Institucional de Allendale.

Parte 1

Impacto de las maternidades forzadas en la salud pública

Resultados comunes

Resumen de las investigaciones

- En el Perú, el estudio incluyó a 58 adolescentes embarazadas entre 12 y 14 años y 81 entre 15 y 17 años para un total de 139 adolescentes. Todas habían dado a luz en un hospital público en Lima-Callao, Sullana o Pucallpa, Ucayali. El estudio consistió en unas entrevistas con la adolescente y con sus papas o familiares y una revisión de su historia clínica.
- En Guatemala, el estudio incluyó a 20 adolescentes embarazadas entre 12 y 14 años recibiendo atención prenatal en los servicios públicos. El estudio consistió en unas entrevistas con la adolescente y con sus papas o familiares y una revisión de su historia clínica.
- En Ecuador, el estudio incluyó a 15 adolescentes embarazadas menores de 14 años, 8 entrevistas semi-estructuradas a profesionales y 1 entrevista con experta en violencia sexual contra menores. También hicieron una revisión de 139 historias clínicas de madres menores de 14 años.
- En Nicaragua, el estudio incluyó a 14 adolescentes embarazadas entre 12 y 14 años y 16 adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años, todas víctimas de violación y estupro.

Entorno social: Pobreza y vulnerabilidad

- En el Perú, la población de adolescentes participantes en el estudio provino de clases populares, pobres y aún extremadamente pobres, que viven en las zonas urbano-marginales y rurales y eventualmente proceden de familias desorganizadas o disfuncionales, información recogida por las entrevistadoras durante las entrevistas. La gran mayoría de las adolescentes se identificaron como amas de casa (84%) y el 14% se identificó como estudiantes y unas menos con otras ocupaciones.
- En el Perú, la gran mayoría de adolescentes (43.9%) dijeron que estaban en un nivel de secundaria incompleta. En Guatemala, 3 niñas no habían ido a la escuela, 14 tenían algún grado de primaria, y 3 estaban en la secundaria. El 70% vivían en la zona rural de

Guatemala, y el 40% eran indígenas (Maya). El 90% de las participantes del estudio eran adolescentes pertenecientes a familias pobres y en extrema pobreza.

- En Ecuador, de la revisión de las historias clínicas, el 33% de las adolescentes han estudiado sólo la primaria, no todas la han completado y algunas no reportan escolarización.
- En Nicaragua, el 64% estaba cursando la primaria y el 14% estaba cursando la secundaria, una adolescente (7%) nunca había asistido a la escuela. El menor grado de primaria fue primer grado y el mayor año de secundaria fue cuarto año.

Modalidad de parto: Prevalencia de cesáreas

- En el Perú, las adolescentes tuvieron parto vaginal en 73.4% de los casos, siendo más frecuente (78.3%) en el grupo de 15 a 17 años. La cesárea se practicó en 26.8% del total de adolescentes, siendo 33.9% en las menores de 15 años, comparado con 21.7% en las adolescentes de 15 a 17 años, debido a que en el grupo de menores de 15 años se presenta mayor número de problemas durante el parto.
- En Guatemala, el 55% tuvieron cesárea.
- En Nicaragua, de las 10 adolescentes menores de 15 años que habían dado a luz, la mitad tenía cesárea.

Intento de aborto

- En el Perú, 19 adolescentes (14%) dijeron que intentaron interrumpir el embarazo. Sin embargo aquí podemos estar frente a un sesgo, dado que el estudio solamente incorporó a las gestantes adolescentes que tuvieron su parto y no sabemos qué ha ocurrido con las adolescentes gestantes que adoptaron la decisión de interrumpir el embarazo voluntariamente.
- En Nicaragua, de las 14 adolescentes embarazadas menores de 15 años, 7 trataron de interrumpir el embarazo. Una dijo que iba a beberse un veneno, y otra se golpeaba el abdomen fuertemente para que se le saliera.

Intento o pensamientos de suicidio al saber del embarazo

- En el Perú, 9 adolescentes (7%) tuvieron en algún momento la intención de suicidarse, ingiriendo raticidas, insecticidas o infringiendo cortes en su piel para alcanzar las venas¹.
- En Nicaragua, de las 14 adolescentes menores de 15 años, 2 tenían ideas de suicidio.

Complicaciones en la salud física

- En el Perú, el 63% tuvieron una complicación del embarazo, pero en general estas complicaciones fueron menores, como infecciones urinarias (16%), náuseas/vómitos (11%), infecciones vaginales (6%) y anemia (6%). Pero el 9% tuvieron trastornos hipertensivos como preeclampsia-eclampsia, 6% con ruptura prematura de membranas y 5% con amenaza de parto prematuro. En entrevistas con profesionales de salud en el Perú, ellos manifestaron que con frecuencia se complican las adolescentes en el embarazo, parto o puerperio y que las complicaciones más frecuentes son la enfermedad hipertensiva del embarazo, la amenaza de parto prematuro y la hiperemesis gravídica.
- En Guatemala, de las 20 participantes, 4 tenían alguna complicación. Durante el control del embarazo se detectaron las siguientes complicaciones: dos niñas con infección urinaria, una con preeclampsia severa, quien fue referida al hospital regional, y otra con parto prematuro. Una participante de 12 años tuvo cesárea complicada por dehiscencia de la herida y endometritis por restos placentarios, por lo que la hospitalizaron por 10 días.
- En Ecuador, de la revisión de las historias clínicas, el 71% de los casos revisados presentan complicaciones en el embarazo, referidas sobre todo a anemia e infección de vías urinarias.
- En Nicaragua, de las 14 adolescentes menores de 15 años, había un caso de infección de vías urinarias, 3 casos de anemia, y un caso de preeclampsia; otra estuvo hospitalizada por 4 días.

Repercusiones sobre la salud mental de las niñas y adolescentes (9-14 años)

- En el Perú, a pesar de que el 45% de las adolescentes dijeron sentirse bien durante el embarazo, el 55% restante acusó algún tipo de molestia del lado emocional, dentro de los cuales resalta el temor/miedo y la preocupación/angustia. Al momento de la entrevista la mayoría dijo sentirse tranquila y sana; sin embargo casi un 35% tuvo algún síntoma que bien pudiera tratarse de molestias que sean parte de un síndrome depresivo.
- Respecto del infante, una cuarta parte de las adolescentes siente que lo debe cuidar, casi otro 25% dice sentirse feliz y contenta, un 36% tiene sentimientos de amor hacia el niño y un 15% experimenta sentimientos de poco afecto, o no lo acepta al niño o muy a su pesar lo acepta.
- En Guatemala, la evaluación psicológica después del parto mostró que 12 adolescentes tenían señales de daño emocional como miedo, intranquilidad, estado de ánimo decaído y llanto.
- En Ecuador, las participantes expresaron una variedad de emociones, como espanto, fastidio, descuido, miedo, rabia, vergüenza, nervios, dolor, culpa, coraje, estrés, tristeza, enojo, molestia, susto, desesperación, frustración, angustia, depresión, y exasperación. El 91% de los casos revisados en las historias clínicas, reflejan “síntomatología depresiva” y “trastorno adaptativo”.

“Me quedé espantada, porque decía chuta y ahora qué hago, yo con un hijo. [He llorado] porque cuando estaba embarazada no sabía qué hacer y decía chuta qué hago” (D, 14 años Ecuador).

- En Nicaragua, todas las adolescentes menores de 15 años refirieron que durante el embarazo experimentó toda clase de sentimientos de: aflicción, tristeza, llanto, sufrimiento, pesadillas, pena, miedo, pereza, decaimiento, aislamiento. En una de ellas, la valoración psicológica detalla la presencia de sintomatología de Síndrome de Stress post-traumático. Al momento de la entrevista, solo dos dijeron que estaban sanas. Tres (22%) se describen sanas aunque agregaron sentimientos de tristeza y de mal humor. Un (7%) se describe enferma. El 57% describen sentimiento de angustia, agotamiento, tristeza, miedo, frustración, insomnio, nerviosismo, preocupación, mal humor, enojo,

cefalea, desesperación, exceso de sueño, pesadillas, con dolor al lactar. En un estado de dependencia en el cual no poder tomar decisiones. Sentimiento de no servir para nada y de estar viviendo una vida sin esperanzas. Con ganas de quitarse la vida.

Repercusiones sobre la salud social de las niñas y adolescentes (9-14 años)

- En el Perú, el 77% de las adolescentes dejaron de estudiar a consecuencia de su embarazo y los cuidados del niño, pero el 94% no trabaja o dejó de trabajar. El 75% recibe apoyo económico del padre del niño/a, el que frecuentemente es escaso. La familia de la adolescente o de su pareja (94%) aporta recursos o la aloja a ella y al niño/a y eventualmente a la pareja. Las instituciones de carácter social apoyan apenas en un 6%. Más del 60% de las adolescentes tienen como expectativa para su vida poder continuar sus estudios y aún hacerse de una carrera técnica o profesional y el 17% quiere trabajar.
- En Guatemala, de las 17 niñas que estuvieron en la escuela, únicamente 2 continuaron sus estudios, las otras 15 niñas al momento de conocer su estado de embarazo abandonaron totalmente la escuela. Posterior al embarazo y parto solo 4 adolescentes han manifestado que están construyendo un plan de vida y se esforzaron por lograrlo (2 de ellas han sido víctimas de violencia sexual por familiares, y están recibiendo atención psicológica) las otras 16 niñas no lo externaron. En el momento de la entrevista postparto, 12 no tenían ninguna actividad económica, y 8 estaban como amas de casa o tenían otra actividad económica.
- En Nicaragua, el 85.7% de las adolescentes no recibe apoyo económico del padre del recién nacido. El 78.6% recibe apoyo familiar y el 28.6% apoyo de una institución.

Componentes de la atención prenatal

- En el Perú, el 89% de las adolescentes gestante tuvieron atención prenatal institucionalizada con una mediana de 6 consultas. El 79% dijeron que recibieron educación, el 78% recibieron orientación en nutrición y el 86% dijeron que recibieron consejería en anticonceptivos.
- En Guatemala, por el diseño del estudio, todas recibieron la atención prenatal.

- En Nicaragua, el 29% de las adolescentes menores de 15 años no recibió atención prenatal. El 64% recibió atención prenatal, desde semanas tempranas como 7 y una de ellas a las 24 semanas, con una media de 4 controles. El 79% no recibió consejería en educación sexual, y el 43% no recibió consejería en orientación nutricional.

Complicaciones del puerperio

- En el Perú, el 24% de las adolescentes tuvieron una complicación del puerperio. Las hemorragias post parto fueron las más frecuentemente encontradas (9%), seguidas de las infecciones (9%).
- En Nicaragua, de las adolescentes menores de 15 años, hubo 2 casos de hemorragia y 1 caso de mastitis.

Anticoncepción post parto

- En el Perú, solo el 58% del total de adolescentes recibió algún anticonceptivo al momento del alta hospitalaria, siendo el inyectable trimestral el mayormente entregado. Pero en el momento de la entrevista, solo el 39% estaba usando algún método.
- En Nicaragua, solo 4 adolescentes menores de 15 años recibieron un método anticonceptivo después del parto o aborto.

Condiciones del niño/a al momento del nacimiento

- En el Perú, el 83% de los recién nacidos de adolescentes estuvieron sin complicaciones, y el 17% con complicaciones. Las complicaciones más frecuentes fueron la prematuridad (6.5%) y retardo del crecimiento intrauterino (3%). Un niño nació muerto y un prematuro de muy bajo peso murió en la etapa neonatal. Además de estas muertes, en el momento de la entrevista, el 7% de los niños estaban enfermos.
- En Ecuador, de las 14 entrevistadas, dos habían perdido a sus bebés. Y según las historias clínicas 27% de neonatos presentan diversos tipos de problemas, desde ictericia hasta malformaciones.

Estigmatización percibida por las niñas y adolescentes (9-14 años)

- En el Perú, las adolescentes menores de 15 años sintieron algún tipo de estigmatización en los servicios de salud por parte del personal (28%). La estigmatización fue un poco mayor a nivel del entorno familiar (38%) y en el entorno social tuvo una proporción cercana al 33%.
- En Nicaragua, el 64% dijeron que sintió estigma de parte del personal de salud.
“Porque una doctora me decía que muy chiquita me deje embarazarse, eso me hacía sentir mal”²
- El 36% sintió estigma de parte de la familia y el 86% sintió estigma de su entorno social.
“La gente critica que soy la culpable del embarazo porque yo me le metía al profesor y que pobre de él porque ahora está preso”³

La iniciación sexual forzada y no deseada ocurre en edades tempranas

- Es notable que en el Perú, el 80% de las adolescentes dijeron que su embarazo era producto de relaciones sexuales voluntarias, pero el 80% de los embarazos no fueron deseados. En Guatemala y Nicaragua, ninguno de los embarazos dentro de las menores de 15 años fue deseado.
- En Ecuador, una de las adolescentes fue violada por su padre bajo la amenaza de hacerle daño a su hermano en caso de contar a alguien. En la revisión de las historias clínicas, el 82% fueron embarazos no deseados/no planificados.

El agresor suele ser cercano al entorno de la niñas

- Dentro de las menores de 15 años en el Perú, el 83% dijeron que se embarazaron con su pareja, pero 4 niñas dijeron que fue con su primo⁴, una con su cuñado, y 2 con un vecino.

- En Guatemala, la mayoría de los agresores tenían entre 17 y 20 años, 2 tenían 22-24 años y uno tenía 42 años. En 2 casos el agresor fue hermanastro o padrastro.
- En Ecuador, de la revisión de las historias clínicas, el 12% de las historias clínicas reportan como agresores a los padres de recién nacidos, de los que el 44% son abusos sexuales o violaciones cometidos por familiares.
- En Nicaragua, dentro de las adolescentes menores de 15 años, solamente en un caso los violadores fueron dos desconocidos. En el 93% los agresores tenían alguna relación con la adolescente, ya sea de parentesco, sentimental, de guía espiritual, de guía educativo o de vecindad. En 2 casos fue el padre biológico. En un caso fue el abuelo materno, el padrastro, tíos, primo, pastor religioso, director o el vecino. El rango de edad de los agresores es de los 18 a los 60 años, 2 adolescentes, dos jóvenes, cinco adultos, un adulto mayor.

Consecuencias de las maternidades en edades tempranas en la salud integral de niñas y adolescentes (9-14 años)

Mediante este estudio sobre el embarazo adolescente—en particular, en niñas de 9 a 14 años—se identificó el importante impacto del embarazo sobre la salud física, mental y social de estas niñas. A pesar del reducido tamaño de la muestra de cada estudio, se identificaron resultados adversos que fueron luego fundamentados en la bibliografía publicada. A continuación se resumen estos hallazgos.

Salud física

En la mayoría de los estudios, una gran parte de las participantes sufrió alguna complicación con su embarazo, entre las cuales las más comunes fueron anemia, náuseas/vómitos o infecciones urinarias o vaginales. Sin embargo, se observaron varios casos de complicaciones más severas, entre ellas, preeclampsia-eclampsia, ruptura de membranas y parto prematuro. Cabe destacar que para el estudio realizado en Perú y Guatemala se inscribieron niñas que habían dado a luz en hospitales o que se habían presentado para recibir atención prenatal y que, por lo tanto, habían recibido atención médica a lo largo del embarazo. Los resultados de las adolescentes muy jóvenes probablemente sean peores entre aquellas que acudieron a menos visitas para cuidados prenatales o que no acudieron a ninguna. En lo que respecta a resultados neonatales, se destaca que incluso en los estudios relativamente pequeños realizados para este informe, se tomó nota de las muertes neonatales y prenatales.

Fueron notables varios otros resultados adversos alrededor del momento del parto. En el estudio realizado en Perú, el 24% había tenido complicaciones alrededor del momento del parto, incluidos hemorragia posparto e infecciones. Hubo dos casos de hemorragia y un caso de mastitis entre las niñas menores de 15 años de edad del estudio de Nicaragua. En Guatemala y Nicaragua cerca de la mitad de las niñas tuvieron un parto por cesárea,

pero esto pudo deberse a políticas que alientan ese tipo de partos para los casos de mujeres de esa edad. Una niña en Guatemala sufrió una complicación postoperatoria después de su cesárea. La prevalencia del parto por cesárea entre niñas de 14 años o menos en Perú fue apenas inferior (34%) en comparación con la de los otros tres países. Cabe destacar la forma en la que el parto por cesárea afecta a las niñas en esa edad tan temprana, incluidos serios riesgos inmediatamente después de la cirugía, complicaciones tardías, entre ellas, la formación de adherencias, y riesgos durante la cirugía subsiguiente, así como una alta probabilidad de tener que tener partos por cesárea con sus futuros embarazos.

Los resultados observados en estos estudios pequeños se fundamentan en la bibliografía, particularmente la de América Latina, lo que sugiere que los riesgos relacionados con el embarazo y el parto son mayores en las adolescentes más jóvenes, incluso en lo que respecta a aspectos en los que los resultados no varían de modo significativo entre las mujeres adultas. Una revisión de los datos de salud pública correspondientes al periodo de 2000-2008 para América Latina reveló que las tasas de mortalidad materna entre niñas de 10-14 años eran 2 a 3 veces más elevadas que las de las niñas de 15-19 años⁵. Estas tasas fueron altamente variables debido al pequeño número de observaciones, pero los autores destacaron que a comparación con la mortalidad materna en América Latina, no había una aparente disminución entre las niñas más jóvenes. Del mismo modo, las tasas de mortalidad infantil y neonatal, y de nacimientos de infantes pequeños para su edad gestacional, fueron 25% a 70% más elevadas entre niñas menores de 15 años de edad a comparación con las niñas de 15 a 19 años. Se observó también una mayor proporción de internaciones hospitalarias durante el embarazo por abortos entre las niñas menores de 15 años a comparación con las adolescentes mayores de esa edad.

Conde-Agudelo y otros autores⁶ analizaron los datos del Sistema Informático Perinatal de América Latina del período de 1983 a 2003, controlando 16 factores de confusión de salud y socio-demográficos en su análisis, y también constataron que las madres más jóvenes tuvieron peores resultados. A comparación con las mujeres de 20-24 años, las niñas de 15 años o menos tenían una probabilidad 4 veces mayor de mortalidad materna. También tenían una probabilidad 4 veces mayor de endometritis puerperal, 60% más probabilidad de eclampsia (pero no de manera significativa) y de hemorragia posparto, y 40% más probabilidad de anemia. A comparación con los hijos de madres de 20-24 años, aquellos nacidos de madres de 15 años de edad o menos tenían una probabilidad 60% mayor de tener bajo peso al nacer o de ser prematuros; y una probabilidad ajustada 50% mayor de nacer pequeños para su edad gestacional y de sufrir muerte neonatal temprana.

En otro estudio⁷ se investigó el riesgo de resultados adversos del embarazo en 29 países en África, América Latina, Asia y el Medio Oriente. Nicaragua y Ecuador tuvieron las mayores tasas de nacimientos de madres adolescentes en general y las mayores de madres de 15 años o menos. En general, la prevalencia de eclampsia entre las niñas de 15 años o menos fue más del doble que la de las mujeres de 20-24 años de edad (de las que el 75% presentaba varios resultados maternos frente al 34% en el grupo de mayor edad). Aunque los resultados multivariados fueron consistentes a nivel cualitativo con los de Conde-Agudelo y otros, la importancia y magnitud del efecto para cada resultado fue variado. A comparación con las madres de 20-24 años de edad, las madres adolescentes de 15 años o menos tenían 5 veces más probabilidad de desarrollar endometritis puerperal, 3 veces más probabilidad de eclampsia, casi el doble de probabilidad de infecciones sistémicas, casi 70% más probabilidad de parto prematuro, 57% más probabilidad de mortalidad neonatal, y 75% más probabilidad de varias afecciones neonatales. La probabilidad de resultados maternos severos, incluida la mortalidad materna, era 20% más elevada entre las menores de 16 años, pero no de modo significativo.

Salud mental

En cada uno de los cuatro estudios para cada país, una proporción importante de niñas adolescentes que habían dado a luz informaron síntomas de depresión, ansiedad y, en particular para las que habían sido atacadas sexualmente, de estrés post-traumático. Tanto en Perú como en Nicaragua, el 7-14% de las participantes informaron haber contemplado el suicidio durante su embarazo.

Hay muy poca evidencia publicada específicamente sobre los resultados de salud mental de las niñas de 14 años o menos que han dado a luz. En una revisión bibliográfica reciente sobre resultados relativos a la salud mental se reveló que las tasas de depresión en adolescentes embarazadas o puérperas entre adolescentes de 21 años o menos variaba enormemente entre los diferentes estudios, con tasas estimadas de entre 8%⁸ y 47%⁹. Los hallazgos de los estudios revisados sugieren que las tasas de depresión en adolescentes embarazadas o puérperas son comparables a las de las adolescentes que no están embarazadas, pero mayores que las que se informaron en las muestras de mujeres adultas embarazadas. El único estudio sobre ansiedad en adolescentes embarazadas indicó que las tasas podrían ser más elevadas que en las adolescentes que no están embarazadas. Un estudio reveló que en el segundo y tercer trimestre, la depresión en las madres

adolescentes se asociaba tanto con el tamaño pequeño para la edad gestacional del hijo como con los partos prematuro¹⁰.

Un estudio proveniente de Estados Unidos utilizó datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1988, representativa a nivel nacional, con el fin de comparar los síntomas de depresión entre las madres adolescentes y adultas. Hallaron tasas elevadas de síntomas de depresión entre madres adolescentes primerizas más de un año después del parto. Estas tasas, que variaban de 37% a 48% entre las adolescentes de color y de 28% a 33% entre las adolescentes blancas, fueron sustancialmente mayores que las tasas halladas entre las mujeres adultas. Se hallaron las mayores tasas de depresión (48%) entre las madres de color de 15-17 años de edad. Las altas tasas de síntomas de depresión asociadas con la maternidad adolescente pueden tener un origen principalmente social, ya que se modificaron considerablemente con los ajustes por circunstancias socioeconómicas adversas y estado civil de soltera¹¹. Se hallaron resultados similares en un estudio de Portugal que reveló que las madres adolescentes de 14-18 años de edad tenían un riesgo mayor de depresión durante y después del embarazo que las mujeres adultas, incluso después de controlar que hubieran otros factores socio-demográficos¹².

En otro estudio proveniente de los Estados Unidos se usaron datos de un estudio de corte longitudinal de 17 años en 173 mujeres solteras que habían estado embarazadas durante la adolescencia entre junio de 1988 y enero de 1990. Los investigadores encontraron que la prevalencia de síntomas de depresión elevados en las madres adolescentes aumentó de manera significativa a lo largo de los 17 años de estudio, de 19,8% a 35,2%. En un análisis ajustado, los síntomas de depresión prenatal se asociaron positiva y significativamente con síntomas elevados de depresión en cada período de desarrollo¹³.

Salud social

En cada estudio por país, las adolescentes embarazadas provenían de familias pobres y extremadamente pobres, que muchas veces vivían en las afueras de las ciudades o en áreas semi-rurales o rurales. Los investigadores que realizaron las visitas a sus hogares como parte del estudio notaron que las familias de las adolescentes parecían disfuncionales. Estas niñas tenían niveles educativos bajos y una gran proporción de ellas no habían vuelto a la escuela al momento de la entrevista de seguimiento, aunque en la mayoría de los países esta entrevista se realizó varios meses después del parto.

Estos hallazgos son consistentes con la bibliografía publicada, la cual indica que es posible que el embarazo adolescente esté asociado a consecuencias socio-económicas negativas¹⁴. A comparación con las mujeres que tienen hijos luego de la adolescencia, las mujeres que se convierten en madres adolescentes tienen menos probabilidad de terminar la escuela, más probabilidad de tener empleos de pago bajo, más probabilidad de recibir asistencia social durante los años siguientes al nacimiento y más probabilidad de ser madres solteras y sufrir mayores niveles de pobreza. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta las variables raciales y sociales, se revela que las consecuencias negativas del embarazo adolescente dependen ampliamente de la raza, el origen étnico, los antecedentes familiares, el barrio y el nivel de ingresos, y no de la edad materna al nacer¹⁵.

Un informe publicado de estudios de Barbados, Chile, Guatemala y México exploró la relación entre el embarazo adolescente y las oportunidades económicas y sociales de las madres, así como el bienestar de sus hijos primogénitos. Los estudios incluyen un grupo de comparación de madres adultas para dar cuenta de los efectos de los factores de fondo (por ejemplo, la pobreza) y el momento de las observaciones. Los hallazgos de los estudios de cuatro países sugieren que el embarazo adolescente está asociado con resultados económicos negativos, y no sociales, que afectan a las madres pobres, y no a todas las madres. Entre las personas pobres, la maternidad adolescente se asocia con ingresos mensuales inferiores para las madres y un menor estado nutricional del niño¹⁶. Los cuatro estudios evidencian que la maternidad adolescente está asociada con condiciones socio-económicas adversas y malas oportunidades de obtener ingresos para la madre adolescente. Después de controlar la educación de la madre y su situación económica durante la niñez, los estudios de Guatemala y de México indicaron que la maternidad adolescente se asoció positivamente con múltiples indicadores de pobreza¹⁷. En la muestra correspondiente a México, el 26% de las madres adolescentes encuestadas vivía en condiciones de pobreza, a comparación con el 4% del caso de la madres adultas¹⁸. El estudio de Chile sugiere que la maternidad temprana y los factores estrechamente asociados a ella tienen un importante costo económico en lo relativo a ingresos mensuales bajos, especialmente para las madres pobres. Para las mujeres pobres, la maternidad adolescente está asociada a ingresos menores, incluso después de controlar los niveles educativos de las madres. Los ingresos de las madres adolescentes son menores que los de las madres adultas en, aproximadamente, un 90%¹⁹.

Los datos de otros países también apoyan estos hallazgos. Un estudio longitudinal de 819 madres adolescentes en Nueva Escocia, Canadá reveló que el 32.8% de las madres vivía en la pobreza; esta tasa representaba el doble de la tasa provincial²⁰. Hotz, McElroy y

Sanders (1997) examinaron los costos socio-económicos del embarazo adolescente en los Estados Unidos en lo relativo a mujeres que habían tenido su primero hijo antes de los 18 años de edad utilizando una muestra de mujeres adolescentes con abortos espontáneos como grupo de control. Los datos indicaron que el 61% del grupo de madres adolescentes había terminado la escuela, mientras que en el grupo de control, el 90% de ellas había terminado la escuela. Para los 30 años, las madres adolescentes ganaban un 58% menos que las mujeres del grupo de control y recibían cuatro veces más asistencia social que las madres no adolescentes. Sin embargo, estos resultados no se ajustaron en base a variables socio-económicas como el nivel de ingresos de los padres, nivel educativo, o los beneficios de asistencia social durante la niñez. Una exanimación de estas variables reveló diferencias importantes entre los grupos, según las cuales las madres adolescentes tenían mayores probabilidades de provenir de familias que habían recibido asistencia social. Por lo tanto, uno debe ser precavido antes de llegar a cualquier conclusión en base a estos hallazgos²¹.

En otro estudio se revisó la bibliografía sobre embarazo adolescente en el Reino Unido²². Un estudio sobre madres de mellizos en el Reino Unido reveló que, a comparación con las madres adultas, las madres adolescentes habían experimentado más problemas de salud mental y tenían niveles menores de instrucción escolar, al igual que más problemas emocionales y de conducta²³. Otros estudios recientes revelaron que las madres adolescentes son menos propensas a finalizar su escolaridad y capacitación, por lo cual, enfrentan dificultades para acceder a oportunidades laborales, lo cual podría reforzar el ciclo de la privación y embarazo adolescente²⁴.



Parte 2

**Historias de Vidas Robadas:
La historia de una, la historia
de muchas.**

A través de la narración de estas cinco historias contadas por las mismas niñas y sus familias, esperamos poder visibilizar las diferentes violencias y discriminaciones que tienen que sufrir aquellas niñas a las que se les ha arrebatado su infancia, aquellas a las que se les ha truncado su proyecto de vida y se les ha impuesto un rol para el que no estaban preparadas, el de ser madres. Sus testimonios son voces que deben llamar nuestra atención y sobre todo la de los Estados y diferentes organismos de protección de derechos humanos, quienes a través de lineamientos, políticas públicas y una adecuada implementación de las mismas tienen una responsabilidad para frenar los altos índices de violencia sexual, reducir los embarazos en edades tempranas y garantizar servicios integrales de salud sexual y reproductiva que incluyan por ejemplo acceso a la información veraz, a la educación sexual, a la anticoncepción oral de emergencia y a servicios de interrupción legal del embarazo.

S, 14 años¹, Ecuador:

Un testimonio sobre violencia sexual y obstétrica

S², una niña de la provincia de Pichincha (Chespí) en Ecuador, quedo embarazada cuando tenía 13 años producto de una violación ocasionada por su padre. S tiene dos hermanos y una hermana y proviene de una familia de escasos recursos económicos y desestructurada. Durante su corta infancia fue trasladada a vivir en diferentes lugares y con diferentes familiares, hasta llegar a un albergue³, en el que se encuentra desde que tuvo a su hijo producto de la violación.

“A mí me llevaron los del INFA⁴, me llevaron donde mi tía [P] que vive por Pomasqui, yo no me enseñaba, me enfermé, entonces los del INFA⁵ me fueron llevando donde mi prima, la que había sido abusada por mi papá. De ahí me llevaron por Pacto donde mi mamá y mi padrastro, ahí vivía mi otra hermana. Mi padrastro había abusado de mi hermana. Ella salió embarazada. Tenía trece años. Mi mama no dijo nada (...) [Entonces] me llevó mi hermano a vivir con él y mi papá” (...) De ahí mi papá y mi mamá se pelearon porque le pegaba mucho a mi mamá porque decía que andaba con uno y con otro; una vez casi la mata

(...) Mi papá le siguió pegando a mi mamá, y ella se consiguió otro hombre”.

S fue violada por su padre de manera sistemática desde que ella tenía unos 12 años aproximadamente, bajo la amenaza que si no se dejaba mataría a su hermano. Cuando S quedó embarazada a los 13 años no sabía que lo estaba pues desconocía por completo que era el estar embarazada. Su testimonio además permite evidenciar que este embarazo impuesto y ajeno a su voluntad, ha traído adicionalmente una carga económica para la que ni ella ni su familia estaban preparadas.

“Yo nunca me imaginé que mi papá iba a abusar de mí. Yo estaba dormida y él me comenzó a manosear, entre sueños, como que soñaba. Pasó el tiempo. Otra vez quiso abusar de mí, yo le dije que no, me dijo que si no me dejaba le iba a hacer daño a mi hermano, yo tenía miedo que le haga algo a mi hermano y me dejé porque tenía miedo, el seguía, yo no quería y él lo hacía a la fuerza. (...)Me sabía decir que si no le iba a matar a mi hermano y que él también se iba a matar (...) Pasó un tiempo, yo ya tenía unos doce años, a los trece me quedé embarazada y a los catorce di a luz (...) mi hermano puso la denuncia, mi tía dijo que no porque era su cuñado.; le denunció mi hermano a mi papá. Creo que la policía le fue a buscar, pero él ya se había ido (...) Vinieron para acá los del DINAPEN⁶ le dijeron a mi tío: le vamos a llevar a su señora para que vaya a firmar y que le hagan un chequeo médico para ver si era violación o porque ella quiso – pero allá dijeron que no, que si había sido violación (...) Mi tía y los de la policía dijeron que ya no podía ir al monte otra vez porque ahí andaba mi papa, me quede aquí con mi tía que se hizo cargo de mí”.

“Estaba solo en tercer grado cuando me embaracé (...) Quedé embarazada, sabía ir donde mi hermana que fue abusada, ella vivía con su marido, yo le decía que me ataje a vivir con ella y ella me decía que no; entonces yo me iba llorando (...) Yo no sabía [que

estaba embarazada], solamente sentía que la barriga me crecía, la gente andaba hablando que ya estoy embarazada (...) [No sabía que la menstruación se va con el embarazo]. Creo que una vez [menstrué] (...) A veces mis hermanos me dan dinero, a veces yo compro los pañales o me ayuda mi tía. ”.

Si a su temprana edad, no solo tuvo que padecer la violencia de su padre y los efectos del abandono producidos por una familia desestructurada, sino también la violencia obstétrica al no brindársele servicios integrales de salud sexual y reproductiva, y especializados. Por el contrario, tuvo que sufrir los comentarios y tratamientos de un personal médico que no tuvo en cuenta su situación de víctima de violencia sexual y su entorno social.

“No pude dar a luz normal, porque fui bastante violada y no me gustaba que ni me toquen, me daba miedo, me hicieron cesárea (...) Yo no me deje [examinar] porque sabía llora, me dolía la vagina, sentía feo cuando la doctora iba a hacer el examen. La doctora dijo: entonces, señora, llévele a otro hospital, porque no me quería dejar examinar”.

Juana, 14 años, Guatemala:

Un testimonio sobre la afectación a la salud mental

Juana⁷, una niña indígena de 14 años de Alta Verapaz en Guatemala fue víctima de violencia sexual por parte de su medio hermano a los 12 años, a los 13 años se produjo el embarazo y fue atendida en un centro de salud de la municipalidad. La familia de Juana es extremadamente pobre. El personal del centro de salud informó sobre la violación a las autoridades competentes, de acuerdo a la ruta establecida para casos de violencia sexual. El expediente llegó a la Procuraduría General de la Nación y al Ministerio Público. Al dar su declaración, el padre, en medio de la confusión, disminuye la culpabilidad de su hijo al culpar a la niña de ser la provocadora. Juana confirma el abuso a que fue sometida durante dos años. Siguiendo el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, Juana es enviada a la casa materna “Dulce Espera” en Salamá, como medida de protección y seguridad. En este lugar permaneció dos meses, en los cuáles se dio seguimiento al proceso legal de protección, pero no al proceso penal contra el violador.

Luego Juana, con siete meses de embarazo, es trasladada a un albergue situado en el municipio de Mixco, departamento de Guatemala, en donde permanece 20 días, esta situación la aleja del lugar donde se ventila el proceso penal -Alta Verapaz- y la aleja de su familia. La estancia en este albergue significó para Juana un cambio social y cultural muy grande. La intervención del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR)⁸ permite que Juana sea trasladada a un albergue de la SVET⁹ en Alta Verapaz, lugar donde a su familia le sería fácil visitarla.

Al llegar a las 39 semanas de embarazo Juana inicia su trabajo de parto en la madrugada, es llevada a la emergencia del hospital, a las 6.30 hrs. Se presenta un parto precipitado a las 7.40 hrs. no se le practicó cesárea, por lo que el parto le produjo rasgaduras de primer grado. El bebé pesó 6 libras y presentó infección dermatológica severa, debido a una infección vaginal no tratada durante el embarazo. Si bien los organismos del Estado intervienen para proteger a Juana, ella manifiesta incertidumbre sobre su futuro, no sabe qué va a ser de su vida. Su salud mental está en riesgo, presenta cierto grado de depresión.

“Tengo 14 años, estoy viviendo con mi hijo en un albergue del gobierno. Una vez al mes me visitan mis padres, me han dicho que saldré de aquí hasta que sea mayor de edad. En este lugar no he podido continuar estudiando, yo quería terminar mi primaria. Pero nos ayudan a practicar lo que hemos estudiado antes y he logrado tener el premio de la mejor portada y responsable. Ya perdí el año pasado (2014) y este año (2015) no me inscribí en ninguna escuela (...) Estoy aquí, porque cuando tenía 13 años y estudiaba quinto grado de primaria, resulté embarazada de mi hermano mayor, que es hijo solo de mi papá. El me violaba desde que yo tenía 11 años, lo hacía cuando mi papá y mamá no estaban en la casa. Él me decía que no le fuera a decir a nadie lo que me hacía, porque si no, iba a matar a mi mamá, por eso yo guardaba silencio. Un día mi mamá se dio cuenta que no me venía la menstruación y me llevó al centro de salud, ahí le dijeron a mi mamá que yo estaba embarazada. Como no tenía 13 años, lo denunciaron a las autoridades. Después llamaron a mi mamá y a mi papá para decirles lo que me había pasado. Mi papá dijo que era yo la que me metía con su hijo.... que yo jugaba con él. Por eso

me mandaron a un centro de apoyo a niñas (...) Yo agradezco lo que me dan en el albergue, pero quiero salir, porque me siento encerrada y no puedo salir a la calle (...) No sé qué me está pasando pero quisiera morirme, mi corazón ya no está contento como antes”.

Ana, 12 años, Guatemala:

Un testimonio sobre la re-victimización, las falencias de la falta de respuesta integral a las víctimas de violencia sexual y el impacto de una maternidad forzada

Ana¹⁰, una niña indígena del Departamento de Alta Verapaz en Guatemala y que al igual que Juana, no habla castellano, fue violada por su padrastro cuando tenía 12 años. En la ruta de atención se constata que si bien el sistema de atención intenta protegerla, en el proceso Ana resulta re-victimizada al separarla de su familia y al ser trasladada como victimaria en una patrulla de la policía, entre personas que ella no conocía. De igual manera, no se tomó en cuenta el riesgo obstétrico y las posibles complicaciones que podía enfrentar Ana en los traslados de un departamento a otro. Tampoco el contexto cultural donde fue ubicada que era muy distinto al de su origen.

Cuando Ana fue llevada al centro de convergencia, por tratarse de una niña menor de 14 años, el enfermero hizo la denuncia en el Ministerio Público. Sin embargo, no se inició la investigación por el argumento de que la víctima o los familiares debían presentarse para ratificar la acusación¹¹. A pesar del riesgo que corrían las dos hermanas de Ana, quienes tenían en ese momento 5 y 3 años, no se emitió orden de captura contra el agresor. Ante la inacción de las autoridades, el personal del centro de convergencia convocó a una asamblea comunitaria para dilucidar el caso, la cual se celebró el 16 de mayo, 2014. Con asesoría de organizaciones locales indígenas, la comunidad tomó acuerdos basados en el sistema jurídico maya: “El padrastro de la niña, se hará responsable de los gastos durante el embarazo, parto, y manutención del bebe” sentenciaron¹².

A pesar de esta resolución, en el Juzgado de Paz en Chisec, Alta Verapaz el 22 de mayo, 2014 se presentó una denuncia del caso por organizaciones de mujeres de Cobán. En ella se hace conocimiento del caso a la Procuraduría General de la Nación¹³, quien resuelve como medida de protección “ordenar a la Dirección General de la Policía Nacional Civil

(PNC)¹⁴ el rescate inmediato de la niña”. El rescate se efectúa 4 días después de la denuncia. Ana fue sustraída de la casa a pesar del llanto de la mamá de Ana y de sus hermanitas.

Al momento del rescate, Ana tiene ocho meses de embarazo y es trasladada de su casa a la estación policía alrededor de las once de la mañana, a las veintiuna horas de ese mismo día es trasladada al departamento de Alta Verapaz y luego al hogar seguro en San José Pinula, ubicado en la ciudad capital de Guatemala¹⁵. El traslado se hizo en forma de cordillera, entregándola de una patrulla a otra. El 8 de julio, 2014, cuando Ana ya estaba en su último mes de embarazo, la trasladan y la ubican a cargo de una familia sustituta otorgada por la Secretaria Bienestar Social en la ciudad de Cobán, departamento de Alta Verapaz.

El 15 de julio, 2014 Ana presenta labor de parto y es llevada al hospital público de Cobán. La resolución del parto fue por cesárea. El recién nacido quedó hospitalizado por cinco días, por presentar asfixia perinatal, apgar de 5 y 7. Ana es dada de alta y regresa el 22 de julio, 2014 para recibir al bebe. Esta ocasión la aprovecha la familia sustituta para que Ana pase a consulta, pues se quejaba de dolor en la herida operatoria. Al ser atendida por el médico, se detecta dehiscencia de la herida y endometritis por restos placentarios, por lo que la hospitalizan por 10 días, el riesgo médico era muy alto. El bebé fue egresado y la familia sustituta intenta inscribir al niño en el Registro Nacional de Personas (RENAP)¹⁶ para que tanto Ana como el bebé cuenten con el apoyo que proporciona la Secretaría de Bienestar Social a estos casos. Sin embargo RENAP pone obstáculos por la ausencia de Ana. La PGN y la SBS expusieron que la niña/madre del bebé se encontraba hospitalizada y la urgencia de inscribirlo en el Programa de apoyo para garantizarle, leche, ropa y medicamentos.

Las veces que se visitó a Ana, posterior a su salida del hospital, se le encontró llorando porque Doña Lidia¹⁷ (familia sustituta) la regañaba con el argumento de que ella era *una mala madre, no quiere ni cuida a su bebe, no quiere dormir con él...yo se lo pongo para que aprenda a ser responsable....* En la última visita que se hizo a Ana en mayo de 2015, gracias al apoyo ofrecido por el OSAR, Ana se encontraba de nuevo viviendo en su casa en Alta Verapaz con su madre, hermanas y su hijo. El padrastro ya no se encontraba en la comunidad aunque aún sigue prófugo de la justicia y el proceso penal continúa.

“Tengo 12 años. Mi hijo ya tiene 12 meses. Yo cursaba 3er grado de primaria cuando mi padrastro abusó de mí. Abandoné la escuela porque empecé a sentirme enferma y no sabía por qué. Mi mamá me

llevó al centro de convergencia y me atendió un enfermero, quién le dijo a mi mamá que yo tenía siete meses de embarazo (...) **A veces me pongo a jugar y me rio mucho y luego me acuerdo que dejé a mi muñeco en la cama y que se puede caer...**”

Diana, 14 años, Nicaragua:

Un testimonio sobre las diferentes violencias

Diana¹⁸, una niña de 14 años de Waslala en Nicaragua fue víctima de una violencia prolongada. A partir de los 9 años, Diana empezó a sufrir agresiones de acoso y violencia sexual por parte de su abuelo materno de 58 años. Durante toda su niñez, Diana vivió una relación de poder generada por su abuelo, quien la manoseaba, la acosaba y le decía que ella sería para él y para nadie más. En reiteradas ocasiones, Diana fue abusada sexualmente por parte de su abuelo materno, bajo amenazas. El agresor (abuelo) infringió maltrato psicológico en contra de Diana para dominarla a tal grado de llegar a controlar todas sus actividades y actividades de comportamiento, nunca permitió que Diana se relacionara con ninguna otra persona. Incluso después de nacer el menor hijo de la también menor de catorce años, el agresor la ha buscado y amenazado con arma de fuego a las personas que la conocen, con el fin de saber su ubicación.

Según el expediente de la denuncia penal, Diana ha sufrido deterioro en su salud mental, ha existido una transformación total de su vida, sufre depresión y enojo al verse ya con un hijo, pasividad, insomnio y miedo¹⁹.

Al nacer, la madre biológica de Diana la entregó a la abuela materna, con quien creció en compañía de su esposo (abuelo biológico y agresor sexual al mismo tiempo). Diana narra en su testimonio que cuando tenía nueve años, su abuelo la violó aprovechando que ella le llevaba la comida al monte donde él sembraba, ese día la empezó a manosear por lo que ella corrió, mientras el agresor le daba persecución ella cayó, momento que el agresor aprovechando para obligarla a tener relaciones sexuales con él. A partir de ese día la violaba en repetidas ocasiones, mientras dormía su abuela materna, este la despertaba a ella y la obligaba a tener relaciones con él, mientras le ponía unas tijeras en el cuello bajo amenaza de enterrárselas en el pecho si ella gritaba, también la amenazaba con cortarle la cabeza y dársela a los perros si ella le contaba a alguien lo que estaba pasando y con matar

a su abuela si le contaba. Diana, refiere que la barriga le empezó a crecer y ella le dijo al agresor que se sentía una pelota por lo que este le respondió que eso era que estaba panzona de él, y a su abuela, el agresor le decía que eso era que le habían hecho algún mal a la menor y por eso la barriga le había crecido mucho. Hasta que en una ocasión llegó a verlo una de las hermanas del agresor y la abuela le pidió que le revisara la barriga a Diana, la hermana del agresor le dijo que eso no era ningún mal que la menor estaba embarazada. A lo que la abuela respondió que ahí no llegaba nadie más, que eso (el embarazo) era de su marido por lo que su única decisión fue dejar de comer, lo que fue afectando su salud, por lo que le pidió permiso al agresor de salir de la comunidad a buscar atención médica y este le dijo que se fuera pero sola, que la menor se quedaba con él. A los doce días aproximadamente después de haberse ido la abuela, el agresor le dio permiso a Diana de ir a tener el niño a Waslala, fue el mismo agresor quien la llevo hasta Waslala donde estaba su abuela, dándoles solo ocho días para que se atendiera la salud y que después de esos ocho días volvía a llevárselas, amenazándolas de muerte si lo denunciaban o se iban para otro lugar, al día siguiente fue al hospital y la refirieron para la casa materna de Waslala naciendo el menor en esos siguientes días.

Al nacer el menor hijo de la menor de catorce años, producto de la violación de su abuelo, tanto Diana como su abuela, se dirigieron a la Comisaria de la Mujer de Waslala para denunciar al agresor, pero no les recibieron la denuncia aduciendo falta de jurisdicción, por lo que fueron referidas al Albergue de Waslala, de donde las trasladaron hasta el Centro, debido a la peligrosidad del agresor. En el Centro de salud, Diana fue atendida y recibió los respectivos controles. De igual manera, se tramitó la inscripción del menor en el Registro del Estado Civil de las Personas de la ciudad de Estelí.

Marta, 14 años. Guatemala:

Un testimonio sobre los matrimonios tempranos, la violencia intrafamiliar y la falta de perspectiva de género dentro del sistema judicial:

“Tengo 14 años, no sé leer ni escribir, pues nunca fui a la escuela. Estoy casada, mi esposo tiene 22 años, nos casamos en agosto de 2014.

Tengo un bebé de 3 meses A mi esposo lo conocí en mi comunidad”.

Marta conoció a quién ahora es su esposo, en su comunidad, eran novios desde que tenía doce años, un día los hermanos de Marta los descubrieron teniendo relaciones sexuales en la casa de ella. Ante esto la madre de Marta enfrentó al muchacho, exigiéndole que debía casarse con la niña y hacerse cargo de ella. El joven se negó, por lo tanto doña María se presentó a un juzgado y puso la denuncia, exigiendo que el joven se casara con su hija. Los jueces le exigieron al joven que se debía casar y si no, lo meterían a la cárcel.

Primero se casaron por lo civil y luego por la Iglesia Evangélica. Desde que se casaron Marta ha sufrido violencia física y psicológica. Su esposo no permite que Marta se acerque a su familia. Ante esta situación, la madre de Marta, quien también es víctima de violencia por parte de su esposo, acudió al juzgado en busca de apoyo para su hija. Marta fue agredida por su esposo a las 4 semanas después del parto, en esa ocasión intentó ahorcarla.

La respuesta del juez a esta petición de ayuda fue que "son cosa de pareja, que dejara que ellos vivieran solos y que le dijera a su hija que se portara bien y no diera motivo a su esposo para que le pegara".

Durante el embarazo Marta tuvo frecuentes infecciones urinarias, el parto se resolvió por cesárea porque el bebé venía en posición podálica. Marta tuvo complicaciones posoperatorias, permaneció 5 días en el hospital, su hijo peso 5 libras al nacer.

Parte 3

Respuesta del sistema estatal a niñas víctimas de violencia sexual

Marco normativo nacional

Legislación ecuatoriana en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad

Ecuador cuenta con diversas leyes, normas y políticas públicas que tratan la violencia contra la mujer y su salud reproductiva, aunque estas no son siempre consistentemente implementadas.

- ***Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia (1995)***: Esta denominada “Ley 103” y cuya finalidad es proteger la integridad física, psíquica y la libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia. Sin embargo, esta ley ha quedado incompleta, sobre todo en cuanto a la obligación estatal de prevención de la violencia y protección integral a las víctimas.
- ***Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia la niñez, adolescencia y mujeres (2007)***¹: Los Ministerios de Salud, Educación, Interior, Justicia e Inclusión Económica y Social, y dos Consejos Nacionales están a cargo de su ejecución. No obstante, el plan se debilitó paulatinamente ya que no obtuvo ninguna resonancia en la sociedad ni en su efecto. Por otra parte, se han creado varias normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida,² como el Plan Nacional Integral para erradicar los delitos sexuales en el sistema educativo.³
- ***Constitución***⁴ (2008): Concede atención prioritaria, entre otros, a las niñas, las mujeres embarazadas, al igual que víctimas de violencia doméstica y sexual, comprometiéndose a tomar medidas de protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones (artículos 38 y 46). También se incorpora el derecho a la integridad física, psíquica, moral y sexual que incluye una vida libre de violencia en el ámbito público y privado (artículo 66).

La Constitución también protege el derecho a la salud sexual y reproductiva, incluido el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, reproducción, vida y orientación sexual, al igual que en su decisión de cuándo y cuantas hijas e hijos tener (los numerales 9 y 10 del artículo 66). Además,

garantiza la salud y vida de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto (artículos 43 y 363) y requiere que el Estado asegure que todas las entidades educativas impartan educación en sexualidad desde el enfoque de derechos (artículo 347). Entre los otros derechos sexuales y reproductivos están los derechos a la confidencialidad (artículo 362)⁵, el acceso a servicios de salud basados en los principios de la bioética, que respete las condiciones intergeneracionales (artículos 37 y 39)⁶, interculturales, de género, con eficiencia, trato digno, calidad y calidez (artículo 32)⁷, asegurar la disponibilidad y acceso a medicamentos (artículo 362)⁸, así como la asignación de recursos necesarios para atender las demandas en salud (artículos 264, 286 y 298)⁹.

- **Plan Nacional del Buen Vivir (2013):** Pretende prevenir y erradicar la violencia de género en todas sus formas entre el 2013 y el 2017¹⁰. La política 6.9 establece como meta especial combatir y erradicar la violencia y el abuso contra menores de edad y adolescentes.
- **Código Orgánico Integral Penal (2014):** Por primera vez introduce en la normativa ecuatoriana el delito de femicidio (artículo 141) y tipifica como delito a la violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, que antes estaba prevista sólo como contravención penal (artículos 155-159)¹¹. También reconoce que la mujer embarazada puede interrumpir su embarazo cuando su vida y salud sexual y reproductiva están en riesgo y cuando una mujer con una discapacidad mental se embaraza como resultado de una violación sexual (artículo 150).
- **Ley Orgánica de Salud (2006):** Conceptualiza y protege el derecho a la salud reproductiva (artículo 20) y reconoce a la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes y el aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública (artículo 22)¹². Reconoce también a la violencia de género como problema de salud pública y obliga al Estado a brindar atención integral a las personas víctimas de violencia intrafamiliar y sexual¹³. Entre los servicios de salud que son obligatorios para las sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual esta la suministración de anticoncepción de emergencia y procedimientos terapéuticos.
- **Código de la Niñez y la Adolescencia (2003):** Reconoce que las personas menores de 18 años de edad también tiene derechos sexuales y reproductivos, por lo que establece que "[l]os niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual" (artículo 27)¹⁴. En este sentido, al proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva, afirma este Código, se debe prestar atención

a las múltiples características de todas las personas, independientemente de su género, edad, y condición social, sin discriminación, y con respeto a su autonomía.

Legislación guatemalteca en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad

- **Constitución Política (1985):** Protege los derechos a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona (artículo 3) y garantizarle a los habitantes el desarrollo integral de la persona (artículo 2). También protege el derecho a la salud y a la protección de la salud, por el que todo ser humano pueda disfrutar de un equilibrio biológico y social que constituya un estado de bienestar en relación con el medio que lo rodea; implica el poder tener acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o la restitución del bienestar físico, mental y social” (artículo 93). Además, protege la maternidad (artículo 52).
- **Ley de Desarrollo Social (2001):** Establece el derecho de decidir libre, responsable y conscientemente sobre su vida familiar y reproductiva y el derecho a recibir información oportuna, veraz y completa para ejercer esta libertad (artículo 5). Define la salud reproductiva¹⁵ (artículo 25) y establece que debe existir coordinación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Ministerio de Educación para diseñar, coordinar y ejecutar el Programa de Salud Reproductiva. Dicho programa debe incluir la atención específica y diferenciada que se dará a los adolescentes, incluyendo amplia información y consejería en cuanto a la sexualidad humana, maternidad y paternidad responsables, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual VIH y SIDA (artículo 26)¹⁶. También incluyen disposiciones sobre programas y servicios de planificación familiar y la maternidad saludable, enfatizando que la vida y la salud de las madres e hijos son un bien público (artículo 26).
- **Ley para la Maternidad Saludable (2010):** Tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido y promover el desarrollo humano (artículo 1). Entre sus fines incluye reducir las tasas de mortalidad materno y neonatal y garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales, incluida la planificación familiar y la atención diferenciada en adolescente (artículo 2).

- **Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (2003):** Establece la obligación estatal de diseñar y ejecutar programas de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, preparación para la procreación y la vida en pareja, que inculquen la paternidad y maternidad responsables, cuando exista amenaza o violación a los derechos de la niñez y la adolescencia (artículo 76).
- **Ley Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (2005):** En 2009, el Comité CEDAW recomendó al Estado parte que asegure la entrada en vigor de la Ley de Acceso Universal y su integración en el programa Nacional de Salud Reproductiva.
- **Código Penal (1973):** Permite el aborto terapéutico (artículo 137). *"No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico; si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos."*
- **Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (2009)¹⁷:** Introdujo reformas al código penal, incluso la utilización de los términos violencia física y/o psíquica distinguidos como dos supuestos diferenciados, la cual provee a la norma de mayor precisión respecto de lo que ocurría con la noción de "violencia suficiente". La nueva redacción *"refleja mejor la realidad de muchas agresiones sexuales donde no necesariamente hay fuerza física; que deja marcas sino un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza."*¹⁸
- **Ley de Libre Acceso a la Información Pública (2009):** Establece la obligación de todas las instituciones de informar a la población sobre datos estadísticos entre otros.
- **Acuerdo 01-2010 (2010):** Creó los Juzgados de Primera Instancia Penal y Tribunales de Sentencia Penal de Delitos de Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer, con lo que se materializa la implementación de la justicia con enfoque de género, en algunos departamentos específicos. Su competencia es exclusiva para conocer los delitos de femicidio, violencia contra la mujer y violencia económica (establecidos en la Ley contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia en contra de la Mujer de 2008).

- **Acuerdo 12-2012 (2012):** Creó Juzgados en la misma materia en otros departamentos y amplió la competencia para conocer también los delitos establecidos en la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. También creó la Sala de la Corte de Apelaciones del Ramo Penal de Delitos de Femicidio y Otras Formas de Violencia contra la Mujer, con competencia para conocer en segunda instancia de los delitos contenidos en la Ley contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia en contra de la Mujer y la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.
- **Acuerdo 43-2012 (2012):** Creó los Juzgados de turno -24 horas de atención ininterrumpida de la misma competencia. Actualmente, Guatemala cuenta con 11 Juzgados y Tribunales con competencia especializada para atender casos de violencia contra la mujer y femicidios y casos de violación sexual, explotación y trata de personas¹⁹.

Legislación nicaragüense en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad

- **Constitución (2007):** Reconoce el derecho a la vida (artículo 23)²⁰, a la privacidad (artículo 64) y el derecho a la salud (artículo 59)²¹. Asimismo, las leyes secundarias han desarrollado estos derechos constitucionales.
- **Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres (en adelante “Ley 779”) (2012):** Tiene por objeto proteger los derechos humanos de las mujeres nicaragüenses y garantizarle una vida libre de violencia (artículo 1)²². De igual forma, establece los derechos a una vida libre de violencia tanto en el ámbito público como privado, a su libertad e integridad sexual y reproductiva, “así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos sus derechos humanos y libertades consagradas en la Constitución Política de la República de Nicaragua, en el ordenamiento jurídico nacional e Instrumentos Internacionales sobre derechos humanos” (artículo 7).

Desde su entrada en vigencia en junio de 2012, la Ley 779 suponía la inclusión de diversos tipos penales como el femicidio²³, delitos patrimoniales²⁴, violencia laboral²⁵, violencia ejercida en la función pública²⁶, inclusión de medidas precautelares²⁷, creación de juzgados y salas penales de apelación especializadas en violencia²⁸, además de la prohibición de mediación²⁹. No obstante, la Ley 779 fue maniatada con la reforma llevada a cabo en septiembre de 2013, en el cual la prohibición de la mediación se excluyó para todas las formas de violencia contra la mujer a excepción del femicidio. Lo

que indudablemente pone a la víctima frente a su agresor en situación de desigualdad, pues desconoce o banaliza la violencia de género que ésta ha sufrido.

- **Reglamento a la Ley 779 (2014):** Dio un giro a la ley otorgándole a la protección a la familia un eje central en la ley³⁰, de igual forma, se crearon nuevas instituciones tales como las consejerías familiares que tienen como propósito *"fortalecer los valores de respeto, amor, solidaridad en las familias y la comunidad"* (artículo 8). Lo cierto es que al fomentar el enfoque familista se podrían reforzar los estereotipos tradicionales de género, lo que implicaría mantener y preservar la familia incluso cuando la vida y la salud de las mujeres esté en peligro.
- **Código de Familia (2014)³¹:** El objetivo principal es darle carácter normativo a la institución de la familia y sus integrantes. Se incluyen los "Gabinetes de Familia, la Comunidad y la Vida³²", los cuales promueven *"los valores y unidad familiar, auto estima y estima, responsabilidad, derechos y deberes, comunicación, convivencia, entendimiento y espíritu de comunidad a fin de lograr coherencia entre lo que se es, lo que se piensa y lo que se hace"* (artículo 32). De igual forma, estipula que los concebidos no nacidos son considerados personas menores de edad y que podrían exigir prestaciones alimenticias (artículo 316)³³ y establece que la defensa al derecho a la vida de un niño, niña o adolescente *"cuando sea necesaria la hospitalización, tratamiento o intervención quirúrgica indispensable para proteger la salud o la vida"* (artículo 277). Interpretando que un concebido no nacido es un menor de edad, este código le podría brindar un tratamiento superior respecto de la madre en caso de riesgo. Dicho código ha sido blanco de diversas críticas debido a su falta de inclusión de estándares internacionales³⁴ en materia de derechos humanos.
- **Código Penal (2007):** En 2007, fue confirmada la penalización total del aborto con la reforma del Código Penal. En la actualidad estipula penas privativas de la libertad de uno a tres años para quien practique un aborto con previo conocimiento de la mujer y en caso de tratarse de un profesional de la salud éste tendrá una inhabilitación para practicar la medicina de dos a cinco años (artículo 143)³⁵. Asimismo, la mujer que intencionalmente provoque su propio aborto o consienta su práctica ser sancionada con pena de prisión de uno a dos años (artículo 143)³⁶. En el caso de ser practicado un aborto sin el consentimiento de la madre la pena se eleva de tres a seis años, y si éste es realizado por un profesional de la salud la inhabilitación para el ejercicio de la profesión va de cuatro a siete años (artículo 144)³⁷. Por último el aborto imprudente definido en la legislación nicaragüense como aquel *"que por imprudencia temeraria ocasione"*

un aborto” tiene una penalidad de seis a un año de prisión y si dicho aborto fuere practicado por un profesional de la salud se le impone una inhabilitación para ejercer de uno a cuatro años (artículo 145)³⁸.

Varios Comités de Derechos Humanos de Naciones Unidas expresaron su preocupación ante dicha penalización³⁹, incluso el Sistema Interamericano⁴⁰. En el ámbito interno, diversas organizaciones de derechos humanos y derechos de las mujeres entre los años 2007 y 2008 interpusieron alrededor de 72 recursos de inconstitucionalidad ante la reforma del Código Penal (34 recursos contra la Ley 603 y 38 por inconstitucionalidad parcial contra el Código Penal). Sin embargo a la fecha no existe resolución por parte de la Corte Suprema de Justicia.

Legislación peruana en materia de violencia contra la mujer y la salud reproductiva, particularmente de menores de edad

- ***Código Penal (1991)***: Establece que el aborto terapéutico para salvar la vida y proteger la salud de la embarazada no está penalizado (artículo 119)⁴¹. En 1989, se propuso una reforma para despenalizar el aborto en casos de violencia sexual, inseminación artificial sin consentimiento y anomalías fetales incompatibles con la vida pero la reforma nunca entró en vigor, como tampoco prosperó el debate posterior que intentaba reponer estas excepciones⁴². En el 2014, con base a la Ley de Participación Ciudadana, organizaciones, colectivos y mujeres del Perú a través de la Campaña Déjala Decidir impulsaron un proyecto de ley para despenalizar el aborto por violación. No obstante, la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso ordenó su archivamiento⁴³.
- ***Guía Técnica Nacional para la despenalización del procedimiento de atención integral de las gestantes en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas (2013)***⁴⁴: Según la Ministra de Salud, la que presentó la Guía Técnica Nacional, para aplicar el procedimiento será necesario que el aborto sea el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente en su salud. Asimismo, que el embarazo sea menor a las 22 semanas de gestación y que la gestante o su representante legal hayan firmado el consentimiento, después de haber sido informado ampliamente, sobre su diagnóstico, pronóstico y riesgos para su salud y su vida⁴⁵.

- **Sentencia EXP. N.º 02005-2009-PA/TC del Tribunal Constitucional (2009):** Prohibió la distribución gratuita de la anticoncepción oral de emergencia (PAE) por el Ministerio de Salud, dejando la PAE por fuera del alcance de mujeres de bajos recursos y de aquellas en zonas alejadas del país en donde las farmacias pueden ser muy escasas o estar desabastecidas.
- **Plan Multisectorial de Reducción del Embarazo en Adolescente 2013-2021 (2014):** Incorpora a seis sectores y otros organismos convocados con el objetivo de reducir en un 20% la prevalencia del embarazo adolescente⁴⁶. Es solamente una de las diversas políticas públicas adoptada por el gobierno para enfrentar el porcentaje creciente de niñas y adolescentes que son madres o están embarazadas⁴⁷. Sin embargo, un problema de la implementación de muchas de estas políticas ha sido el manejo casi uni-sectorial desde el Ministerio de Salud. No se ha contado con la participación del sector de Educación (por la poca voluntad para implementar educación sexual en todos los niveles educativos) o del sector de Trabajo (por no propiciar políticas de desarrollo de competencias e inclusión laboral), entre otros sectores.

Respuesta judicial

A pesar del reconocimiento formal y jurídico de los Estados latinoamericanos de que la violencia contra las mujeres constituye un desafío prioritario, existe una gran brecha entre la incidencia y la gravedad del problema y la calidad de la respuesta judicial ofrecida.⁴⁸ Según la CIDH, la mayoría de los casos de violencia contra las mujeres no son formalmente investigados, juzgados y sancionados por los sistemas de administración de justicia en el hemisferio⁴⁹. A menudo las mujeres víctimas de violencia no logran un acceso expedito, oportuno y efectivo a recursos judiciales cuando denuncian los hechos sufridos⁵⁰. Se ha generado en varios países un patrón de impunidad sistemática en las actuaciones y en el procesamiento judicial de estos casos.

En Ecuador, el porcentaje de procesos iniciados en la esfera penal es muy bajo en relación con la totalidad de las denuncias en casos de violencia contra las mujeres. Por ejemplo, en Guayaquil, en un año se iniciaron casos en solo 12% de las denuncias⁵¹. El porcentaje de casos de delitos sexuales llevado a cabo también es bajo, con 2% de los casos llegando a sentencia⁵². En Guatemala, el porcentaje de casos de delitos sexuales que llegaron a juicio represento un 33%⁵³. Por su parte, el Perú es el país suramericano con mayores denuncias por violación sexual (22.4 denuncias de violación por cada 100,000 habitantes)⁵⁴, para

un total de 63.545⁵⁵. En ese sentido el Comité contra la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación (Comité CEDAW) manifestó su preocupación por *"las dificultades con que tropiezan las mujeres cuando procuran obtener reparación en los casos de violencia, como la discriminación, los prejuicios y la insensibilidad a las cuestiones de género de las autoridades judiciales, los fiscales y la policía, cuyo efecto es disuadir a las mujeres de acudir a la justicia en tales casos. El Comité advierte con particular inquietud el alto grado de impunidad de los agresores en los casos de violencia contra la mujer y el incumplimiento por el Estado parte de sus obligaciones dimanantes del artículo 2 de la Convención en el sentido de prevenir, investigar, perseguir y castigar los actos de violencia"*⁵⁶.

Una serie de problemas estructurales dentro de los sistemas de justicia afectan el procesamiento de los casos de violencia contra las mujeres. Entre ellos se destacan la falta de recursos económicos y humanos para llevar a cabo investigaciones efectivas, y para poder judicializar y sancionar los casos; la ausencia de instancias de la administración de la justicia en zonas rurales, pobres y marginadas; la falta de abogados/as de oficio para las víctimas de violencia que no cuentan con recursos económicos; la debilidad de los ministerios públicos así como de las instancias policiales involucradas en la investigación de los delitos; y la falta de unidades especiales de fiscales y de la policía con los conocimientos técnicos especiales requeridos para abordar temas de violencia⁵⁷. En Guatemala, las propias autoridades confirmaron que *"no cuentan con recursos de personal, de infraestructura, equipos y presupuestos para llevar a cabo su tareas de investigación y persecución del delito"*⁵⁸.

La actuación de los funcionarios en todos los niveles de la rama judicial también contribuye al problema. Según la CIDH, como resultado de los patrones socioculturales discriminatorios, ellos *"consideran los casos de violencia como no prioritarios y descalifican a las víctimas, no efectúan pruebas que resultan claves para el esclarecimiento de los responsables, asignan énfasis exclusivo a las pruebas físicas y testimoniales, otorgan poca credibilidad a las aseveraciones de las víctimas y brindan un tratamiento inadecuado a éstas y a sus familiares cuando intentan colaborar en la investigación de los hechos"*⁵⁹. Investigaciones en Ecuador y Guatemala, por ejemplo, revelan que las razones del porcentaje de delitos sexuales llevados a juicio notoriamente bajo incluyen la ineficacia de las investigaciones realizadas por el ministerio público y la tendencia a llevar a juicio solamente aquellos casos en los que se considera que se cuenta con suficientes pruebas para lograr sentencias condenatorias⁶⁰. Otra investigación llevada a cabo en Ecuador encontró que *"los jueces no miran el problema de delitos sexuales o de un delito intrafamiliar como cualquier otro...no le da la importancia que le dan a un caso de droga o asesinato, no le dan igual trato"*⁶¹.

Otros factores que limitan la correcta aplicación de las leyes por parte de las autoridades estatales incluyen *“la falta de reglamentaciones y procedimientos claros y de programas de capacitación destinados a fomentar la adecuada interpretación y aplicación de las leyes en el procesamiento de casos de violencia contra las mujeres por parte de funcionarios públicos, la sobrecarga de trabajo de las instancias encargadas de implementar la ley y el desconocimiento de la legislación y de la forma de interpretarla por parte del público en general”*⁶².

Igualmente, una serie de obstáculos dificultan la interposición de denuncias de actos de violencia. Entre las razones expuestas para este problema se encuentran la victimización secundaria que pueden sufrir las víctimas al intentar denunciar los hechos perpetrados; la falta de protecciones y garantías judiciales para proteger la dignidad y la seguridad de las víctimas y de los testigos durante el proceso; el costo económico de los procesos judiciales; y la ubicación geográfica de las instancias judiciales receptoras de denuncias⁶³. Por ejemplo, en Ecuador, una investigación encontró que muchas de las víctimas de delitos sexuales y/o de violencia intrafamiliar se sienten maltratadas por el sistema de administración de la justicia porque al denunciar los hechos tienen que someterse a varios exámenes invasivos y ofrecer su testimonio repetidas veces⁶⁴. En Guatemala, testimonios recibidos por la Relatoría indicaban que en muchos casos las autoridades encargadas de la investigación y juzgamiento de los delitos de violencia contra las mujeres ha tratado a familiares de las víctimas de manera irrespetuosa⁶⁵.

Además, la violencia, la discriminación y las dificultades para acceder a la justicia afectan en forma diferenciada ciertos grupos de mujeres, tales como las mujeres indígenas y afrodescendientes. *“[L]os obstáculos que enfrentan para acceder a recursos judiciales idóneos y efectivos que remedien las violaciones sufridas, pueden ser particularmente críticos porque sufren de varias formas de discriminación combinadas, por ser mujeres, por su origen étnico o racial y/o por su condición socio-económica”*⁶⁶. En muchas regiones de Guatemala, según la CIDH, mujeres indígenas no tienen la posibilidad de ser comprendidas en su propio idioma⁶⁷.

Respuesta de los sistemas de salud

El sector salud es un lugar importante donde las mujeres pueden encontrar apoyo después de experimentar la violencia sexual. Las personas que trabajan en los servicios de salud y responden a las sobrevivientes, pueden desempeñar un papel significativo en

su recuperación o en su continua victimización⁶⁸. Los servicios de salud deben satisfacer las necesidades de las mujeres víctimas de asalto sexual, y para hacerlo, deben tomar en consideración las experiencias, necesidades y demandas de las sobrevivientes⁶⁹.

Las niñas y las adolescentes enfrentan una serie de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexuales. Los datos indican que las supervivientes de violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales y de salud mental y son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual, inclusive la infección por el VIH⁷⁰. En este contexto, la prestación de servicios de atención de salud y medicojurídicos integrales a las víctimas supervivientes de violación, incluso las adolescentes menores de 15 años, es fundamental. Además de atención compasiva, estas necesitan acceso a una serie de servicios de salud específicos prestados por personal capacitado: el apoyo psicológico (y referencia a instituciones para recibir atención de salud mental, de ser necesario); la anticoncepción de emergencia; el tratamiento y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual; el profilaxis para la infección por el VIH, cuando corresponda; y la información sobre abortos seguros⁷¹.

Servicios multidisciplinarios a víctimas de violencia sexual

Sin embargo, la CIDH ha observado una serie de fallas en el funcionamiento de los programas de gobierno destinados a prestar servicios multidisciplinarios a las víctimas de la violencia en América Latina. Entre los problemas se destaca *“la falta de coordinación y colaboración entre los programas; deficiencias en la provisión de los servicios interdisciplinarios requeridos por las víctimas; la falta de recursos para hacer sostenible su funcionamiento; y su limitada cobertura geográfica, lo cual afecta de manera particularmente crítica a las mujeres que habitan en zonas marginadas, rurales y pobres”*⁷².

Servicios de salud mental a víctimas de violencia sexual

Otra falla importante es la falta de proveer servicios de salud mental integrales a las víctimas de violencia sexual. Desafortunadamente, es frecuente que los prestadores de servicios de salud se pasan por alto las necesidades de salud mental de las víctimas de violencia sexual. Una investigación de los servicios de salud disponibles en Guatemala encontró que, a las mujeres víctimas de violencia, les hubiera gustado que los psicólogos prestaran más atención⁷³. En Nicaragua, por ejemplo, la investigación de la Asociación de Mujeres Axayacatl reveló que 50% de las adolescentes sintió estigma de parte del personal de salud⁷⁴.

Otra práctica que impide el acceso de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual a servicios de salud mental es la actitud proteccionista de la maternidad de algunos médicos. En Ecuador, por ejemplo, la investigación de la Fundación Desafío encontró que 91% de los casos de niñas revisados reflejan *"sintomatología depresiva"* y *"trastorno adaptivo"*. Sin embargo, las niñas y adolescentes embarazadas no recibieron atención de salud mental y social por la parte de las instituciones estatales⁷⁵. En cambio, los prestadores de servicios de salud enfocaron la atención en *"maternizarles"*, es decir, les enseñaron a ser madres, *"obviando las otras esferas de sus vidas, como la educación, la construcción de sus propios deseos y la comprensión de sus propias historias"*⁷⁶.

La violación sexual afecta todas las dimensiones de la salud, incluso la salud mental. Es común que la violación sexual y el embarazo forzado generen en las mujeres una afectación emocional, que puede llegar hasta la ideación suicida o el suicidio, y que abarcan afectaciones psíquicas como la depresión y el estrés postraumático, entre otras⁷⁷. Dada su edad, las niñas y adolescentes de 9 a 14 años tienen mayor riesgo de sufrir un rango de psicopatologías después de una incidencia de violencia sexual, tales como trastornos de estrés postraumático, depresión, aseidad y disociación⁷⁸. Además, un embarazo forzado bajo estas circunstancias puede generar en la víctima de violencia sexual una afectación psicológica, perjudicando su salud mental. Los servicios de salud mental son una parte clave de *"la ruta crítica"*⁷⁹. de las mujeres, adolescentes y niñas en esta situación, y la falta de proveerlos, causa una vulneración de su derecho a la salud mental.

Servicios de aborto a víctimas de violencia sexual

Las niñas víctimas de violencia sexual también enfrentan obstáculos importantes para acceder el aborto seguro, lo cual puede formar parte de una respuesta integral a las necesidades de las víctimas supervivientes. En Guatemala, Nicaragua y Perú, el aborto por la causal violación está penalizado, y en Ecuador, solo se permite la causal violación cuando la mujer sufre una discapacidad mental. Impedir el acceso de las niñas víctimas de violencia sexual que deciden interrumpir un embarazo es condenarlas a una maternidad forzada. También resulta en la práctica de abortos ilegales bajo condiciones inseguras, los cuales ponen sus vidas en riesgo. Desafortunadamente, se ha basado los esfuerzos para combatir las tasas altas de mortalidad materna entre las adolescentes y las niñas resultantes en una actitud proteccionista de la maternidad, lo cual resulta en una vulneración de sus derechos humanos.

OGIA

Prevention and promotion
of cervical cancer



Parte 4

Responsabilidad estatal en materia de derechos humanos a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual

La violencia sexual contra las niñas y adolescentes, así como las consecuencias para su salud física, mental y social es una grave violación de sus derechos humanos. Los estados tienen una responsabilidad no solo de prevenir esta forma de violencia, sino también de responder de manera adecuada cuando las niñas y adolescentes la experimentan, particularmente cuando quedan embarazadas como resultado. La responsabilidad estatal en materia de derechos humanos en este contexto se caracteriza por dos principios importantes: 1) la violencia contra las mujeres y las adolescentes se aborda como una cuestión de igualdad y de no discriminación entre las mujeres y los hombres y tiene un carácter interseccional y 2) como resultado del carácter interseccional de la violencia y discriminación, los derechos humanos violados son múltiples e interdependientes.

Interseccionalidad de la violencia y discriminación contra las niñas

La violencia es un fenómeno que afecta a todas las personas. Sin embargo, las normas, creencias, prejuicios y estereotipos negativos de género que imperan en la sociedad y tienden a subordinar y devaluar a las mujeres y las niñas, así como su dependencia afectiva, económica, o social, las hacen más vulnerables a ésta. Por lo que la violencia contra la mujer constituye una forma de discriminación, como lo ha manifestado la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH)¹.

El marco normativo internacional sobre el principio de no discriminación se basa primordialmente en la protección frente a cualquier distinción que se haga con base en una de las categorías protegidas (tales como, raza, género, sexo, origen étnico, nacionalidad, religión, lengua, orientación sexual, discapacidad, edad, entre otras). Sin embargo, el derecho internacional de los derechos humanos también reconoce que las personas pueden pertenecer a diferentes categorías protegidas al mismo tiempo y, por tanto, enfrentar formas de discriminación múltiple, cuyo efecto es distinto en virtud del cruce de estas categorías. Es decir, las personas no experimentan la discriminación en un vacío, sino dentro de un contexto social, económico y cultural determinado, en donde se construyen y reproducen los privilegios y las desventajas.

Como resultado de esto, la discriminación experimentada por las mujeres frecuentemente requiere un análisis interseccional, lo cual es una herramienta de gran utilidad teórica, conceptual y política en el abordaje de la multiplicidad y simultaneidad de la opresión que sufren las mujeres². El análisis de la interacción e intersección de diferentes categorías

protegidas frente a la discriminación en el caso Rosendo Cantú³, le permitió a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CoIDH) identificar la existencia de un patrón de discriminación, presente tanto en los hechos de violación como en los múltiples obstáculos en el acceso a la justicia⁴. Asimismo, la CoIDH determinó que confluyeron en forma interseccional múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados a su condición de niña, mujer, persona en situación de pobreza y persona con VIH en el caso *González Lluy y otros v. Ecuador*⁵. En el mismo sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el caso de *B.S. v. España*⁶, aplicó el análisis de interseccionalidad a la situación de extrema vulnerabilidad de B.S., quien sufrió discriminación por género, raza, origen nacional, estatus de extranjera y el ejercicio de la prostitución⁷.

La maternidad en la niñez y adolescencia es un problema emergente en salud pública que es por definición resultado de violencia contra las niñas y adolescentes y, constituye una forma de discriminación. Afecta a miles de niñas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad, caracterizado por: no tener acceso a educación, vivir en la pobreza, en áreas rurales o en zonas urbanas marginadas y algunas a ser miembro de grupos minoritarios como niñas indígenas, aunado a una cultura y costumbres que promueve las uniones tempranas, el rapto o robo, el poder del hombre sobre las mujeres, la naturalización de la violencia sexual, entre otros. Dado que la maternidad en la niñez y adolescencia también cruza a sectores como educación, salud, justicia, derechos de la niñez y de la mujer, es considerada como un indicador de desarrollo y bienestar social, que por tanto, requiere un análisis interseccional.

Interdependencia de los derechos humanos violados

La comunidad internacional cada vez ha venido reconocido más la violencia contra la mujer no solo como un problema de salud pública, sino como una violación de derechos humanos. Esta sección considera algunos de los derechos humanos por la violencia contra la mujer, la cual destaca el carácter inalienable, integral e indivisible de los mismos.

Derecho a estar libre de la violencia

La Recomendación General 19 del Comité de la CEDAW declara que “[l]a violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre⁸.” También amplía la interpretación de la definición de la discriminación contra la mujer de CEDAW, para afirmar que esa definición incluye la violencia basada en el sexo, es decir, *“la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que le afecta en forma desproporcionada”⁹*.

Dentro del sistema interamericano de protección, la Convención de Belém do Pará¹⁰ establece que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión. Reconoce, también, que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de la vida¹¹. Además, el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia¹² se encuentra vinculado directamente a la prohibición general de la discriminación en la Convención¹³.

Los testimonios de las niñas entrevistadas como parte de la investigación revelaron que los Estados están fallando en cumplir con sus obligaciones de respetar, proteger y promover el derecho a estar libre de la violencia de estas niñas.

“[El padre de mi hija] me metió a un lugar que era muy feo y me quitó a mi hija de tres mesecitos y algo (...) Cuando ya mi hija nació, él supo que era una niña, él me dijo que yo vaya porque sino mi familia será muerta (...) fue para quitarme a mi hija a los tres meses y encerrarme a una prostitución, entregarme a un hombre y otro (...) yo dije entre mi yo me escapo por mi hija”.

K, 17 años. Ecuador¹⁴

“No quería pero él me exigía (...) me decía que tuviera relaciones así, así y yo decía que no, pero ya pues.”

R, 15 años. Ecuador

De igual manera se encontró que existe un maltrato emocional por parte del agresor en muchos casos, que suelen referirse a intimidaciones o amenazas de daño. Este maltrato también puede constituir una forma de violencia.

“Intente llamar a mi abuela, pero me dijo que no dijera nada, porque no me creerían, yo respetaba a mi tío, no sé que porque llego a mi cuarto,

después se quito, me dijo cuidado le decía a alguien sino el me iba a pegar”

Irene, 12 años. Nicaragua

Derecho a estar libre de violencia sexual

El Comité de Derechos del Niño, en su Recomendación N° 13, establece que “[c]onstituye abuso sexual toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal. También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión. Las actividades sexuales entre niños no se consideran abuso sexual cuando los niños superan el límite de edad establecido por el Estado parte para las relaciones consentidas”.

“...Una noche mi tío llegó a donde duermo, la mujer de él no estaba en la casa y a lado duerme mis tres primas, me dijo que me quitara la ropa, le dije que no, enojado me dijo que si no me la quitaba y él me la quitaría, me quito la ropa, me tapo la boca con la mano, se trepo encima, el se bajo calzoneta, mire que saco una cosa que él tiene entre sus piernas, pero no sé cómo se llama, me dijo que me abriera las piernas, yo no quería trataba de cerrarla, pero el abrió con fuerza, esa cosa metió chunche (vagina) me dolía y ardía mucho... me dolía mi chunche, me quede llorando, no me podía dormir, cerraba los ojos miraba lo que me hizo me tío, yo no quería, me sentía mal, al día siguiente mi tío me dijo que si me gusto lo que me había hecho, le dije que no, ni quería me lo hiciera, se me acerca me decía que fuera a jugar al cuarto, me iba hacer lo que me había hecho en la noche, yo me alejaba de él porque le tenía miedo, cuando mi abuela me manda arrear los chanchos yo iba sola, me decía que fuera a jugar al cuarto, sino me iba a pegar...”

Irene, 12 años. Nicaragua

El duro testimonio de Irene, refleja la realidad que tienen que padecer unas 120 millones de niñas de todo el mundo (poco más de 1 de cada 10), quienes han sufrido el coito forzado u otro tipo de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas¹⁵. Planned

Parenthood Global ha encontrado que de las 204 niñas y adolescentes entrevistadas para esta investigación, 23 de ellas fueron violadas por un familiar o persona cercana a la menor¹⁶. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS), la violencia contra la mujer infligida por el compañero íntimo está generalizada en todos los países de América Latina y el Caribe¹⁷.

“Mi padrastro quiso abusar de mi, una noche en que mi mami se fue y me dejo en la casa con [él]... me cogía mis partes y yo me soltaba”

D, 14 años. Ecuador

“Mi padrastro me violó cuando tenía 8 años”

K, 17 años. Ecuador¹⁸

“Mi tío tenía unos 74 años, abuso de mi [yo tenía] 11 años”

Y, 13 años. Ecuador

“Cuando yo era pequeña mi tío hermano [...] demasiado cariño me ponía, él tendría unos 14 años y yo unos 5-6 años [...] me cogía y me tocaba las nalguitas”

A, 15 años. Ecuador

“... [el agresor] es un vecino, tiene 55 años aproximadamente”

Madre de Claudia, 13 años. Nicaragua

Derecho a estar libre de violencia institucional

La violencia institucional comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas de las instituciones y sistemas públicos¹⁹.

La violencia institucional también puede ser generada por leyes, políticas o prácticas, que limitan el ejercicio de los derechos reproductivos. Las leyes que penalizan totalmente el aborto²⁰, por ejemplo, perpetúan patrones culturales de estigma y discriminación; crean barreras de acceso a servicios básicos de salud para las mujeres; crean barreras de acceso a la justicia para las mujeres y afecta desproporcionadamente a grupos específicos de mujeres.

“En el hospital me miraban mal, las obstetras me decían que tenía que jugar con muñecas porque era muy niña”

Ana, 16 años. Perú

La prohibición del aborto para víctimas de violencia sexual en países como Ecuador, Perú, Nicaragua y Guatemala constituye violencia institucional. Asimismo, la negativa institucional en el acceso a los servicios de salud pública requeridos por estas víctimas generan una violación de su derecho a estar libre de la violencia institucional.

Derecho a la salud

La salud reproductiva se define como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias”²¹. Es más, la salud reproductiva y sexual implica que “las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, que tengan la capacidad para reproducirse y la libertad de decidir si se reproducen, cuándo y con qué frecuencia”²². El abuso y la violencia sexual son problemas de salud reproductiva que afectan la calidad de vida, generan problemas emocionales y de conducta, y complican tanto el embarazo como el parto²³.

Obligar a una niña o adolescente a llevar un embarazo resultado de actos delictuales (lo que pasa en los países de la región que no permiten el acceso al aborto en casos de violación y/o tienen una interpretación restrictiva del aborto terapéutico) puede exponerla a riesgos para su salud física, como la esterilización y las infecciones. Para el caso particular de las menores de 16 años, una niña que queda embarazada en los dos años posteriores a la menarquía (cuando ocurre la primera menstruación) o cuando su pelvis y canal de parto todavía están en crecimiento tiene más probabilidades de tener problemas de salud que una mujer mayor. Es más, “en América Latina, el riesgo de muerte materna es cuatro veces mayor entre las adolescentes menores de 16 años”²⁴.

Además, puede generar en la víctima una afectación psicológica que puede llegar hasta la ideación suicida o al suicidio, y que abarca afectaciones psíquicas como la depresión y el estrés postraumático. En Ecuador por ejemplo, el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes como en el Ecuador²⁵.

“...no podía yo dormir soñando que mi padrastro estaba ahí abusando de mi imagínese que ver en mi sueño a mi padrastro, a mi hijo que me

decía mamá, y yo golpeándolo se me hacía feo, no quería dormir, yo me paraba me iba a caminar”

K, 17 años. Ecuador

La continuación del embarazo no deseado, tal y como ocurre cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, también puede limitar gravemente el proyecto de vida de la mujer embarazada. Por ejemplo, se puede dificultar su proceso de formación educativa y su acceso a un trabajo digno, así como su desempeño en el mismo²⁶.

“Ya no me sentía que yo era una niña. Porque tenía un bebe en los brazos, ya la había parido, cambio mi cuerpo mas... [Cuando supe del embarazo me sentí] algo mal. Al principio, porque ya no podría estudiar, ya la gente me iba a señalar, me iba a decir esa niña, teniendo hijos. Tenía 13 años”.

R, 15 años. Ecuador

“Aprendí a bañarla porque no podía bañarla y mi mama se convirtió en la mama de ella, mi mama la bañaba, la cambiaba, mi mama la marcaba. El primer año fue como si yo no fui mama, sino mi mama volvió a tener otro hijo”

A, 15 años. Ecuador

Yo agradezco lo que dan en el albergue, pero quiero salir, porque me siento encerrada y no puedo salir a la calle”

Juana, 14 años. Guatemala

El derecho a la salud tiene como contraparte una obligación estatal de garantizar el acceso a una gama completa de servicios, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Los resultados de este estudio afirman que a ninguna de estas niñas, que fueron víctimas de violencia sexual, tuvieron acceso a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) y la interrupción legal del embarazo no les fue presentada como una opción. Esta falta de acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva ha terminado por imponer una maternidad no deseada y no planificada por estas niñas y adolescentes, viéndose obligadas a asumir un rol de madres, dejando en el olvido una niñez que jamás regresará.

“A los 10 años [quede embarazada] de un padrastro... yo no quise tener porque fue producto de una violación y no iba a tenerlo...Veo que para ser madre hay que tener un poco de paciencia porque dicen que me pueden quitar a mi hija donde yo siga maltratándola... mi hija estuvo internada porque mi hija sufrió pulmonía”

K, 17 años. Ecuador²⁷

El derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

El derecho internacional reconoce el derecho de las mujeres a estar libres de torturas y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes²⁸. Las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes no se limitan a los actos que causan dolor físico, también se extienden a los actos que causan sufrimiento mental²⁹. De hecho, los Estados tienen la obligación de prevenir los actos que perjudiquen gravemente la salud física y mental de las mujeres y que constituyan actos crueles e inhumanos³⁰.

El sufrimiento mental que experimenta una niña o adolescente que está obligada a llevar un embarazo resultado de violación puede llegar a ser considerado una tortura, una pena y/o un trato cruel, inhumano y degradante³¹. Según el Comité contra la Tortura, obligar a una mujer a llevar un embarazo a término en esta situación constituye “una constante exposición a las violaciones cometidas contra ellas, lo que supone un grave estrés traumático con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión”³².

Derecho a estar libre de discriminación

El derecho a la igualdad y a estar libre de discriminación es un principio básico y general relativo a la protección del resto de los derechos humanos que garantiza el libre y pleno ejercicio de estos derechos sin distinción alguna por raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición³³. La Convención de Belém do Pará establece explícitamente el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación³⁴.

La falta de acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo la AOE y el aborto, la ausencia de medidas efectivas para prevenir la violencia contra a las niñas, pueden constituir discriminación. La AOE y el aborto son servicios de salud que solo requieren las mujeres, las adolescentes y la niñas. Cuando se niega acceso al procedimiento, el derecho a estar libre de discriminación por razones de género se vulnera,

ya que la prohibición solo afecta a las mujeres, impidiéndoles a estas el acceso a servicios de los que pueden depender su vida o su salud.

El derecho a la no discriminación también abarca el derecho a estar libre de estereotipos de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. En el caso de *L.C. v. Perú*³⁵, por ejemplo, el Comité CEDAW estableció que la prohibición o limitación de los servicios de salud reproductiva, tales como los servicios de aborto, están íntimamente relacionados con la visión estereotipada de la función reproductiva de la mujer³⁶. El Comité también reconoció la necesidad de despenalizar el aborto en los casos de violencia sexual, con base en el argumento que limitar el aborto en estos casos refuerza el estereotipo de género según el cual las mujeres son reconocidas como objetos sexuales y vehículos de reproducción a los cuales no se les reconoce de manera efectiva sus derechos. Además, reconoció la obligación de los Estados de garantizar el acceso a la salud de las mujeres sin ningún tipo de discriminación con la finalidad de asegurar el acceso en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres³⁷.

En el contexto de la provisión de servicios de salud, “no se puede considerar que aquellas pacientes que no han sido tomadas en cuenta en forma individual, sino que han sido tratadas de acuerdo a estereotipos impersonales, degradantes o simplistas, por parte de sus proveedores de salud, hayan recibido un beneficio a su bienestar mental o social o, por tanto, a su salud³⁸.”

“...yo me sentí culpable de la muerte de la nena, porque al principio decía una doctora, cuando yo fui al hospital del niño, decía ella tiene la culpa porque la haya aplastado dice así. Yo siempre tenía esa culpa, hasta ahorita...”

R, 15 años. Ecuador

Muchas niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual también experimentan otras formas de discriminación por ser parte de otros grupos marginalizados. Según la OPS, en muchos países la prevalencia de violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo es significativamente mayor entre las mujeres de los niveles más bajos de recursos económicos e instrucción en comparación con los niveles más altos³⁹. En ese mismo sentido, de los resultados de las entrevistas realizadas a 204 niñas y adolescentes en Perú, Ecuador, Guatemala, y Nicaragua, Planned Parenthood Global encontró que todas viven en zonas urbano-marginales o en zonas rurales y son de escasos recursos económicos.

“Yo vivía con los dos con mi mami y papi hasta cumplir los 5 años. De los 5 años hubo violencia en mi casa con mi papa y mi mama entonces ya decidieron en denunciarse y todas esas cosas entonces yo decidí en protestar y irme con mi mama...Mi casa se encendió [...] estaba en la casa con mis hermanitas [...] el cilindro de gas explotó y nosotras nos quedamos [sin casa] Mi mama era padre y madre para nosotras [por eso no estaba en casa], trabajaba en la bananera / yo era la más terrible en la escuela, yo pegaba a todo mundo”.

K, 17 años. Ecuador

“En un [cuarto] dormíamos mi tía, yo, mí otra tía, y mi hermana, y mi padrino, sí 5, la mitad para los adultos y la mitad para los chiquitos. Mi padrino era esposo de mi tía. [Él] Vendía gallinas peladas, a las 4 de la mañana [todos pelábamos].”

D, 14 años. Ecuador

Desafortunadamente el contexto y entorno social de K y D no es aislado, es la dura realidad a la que se enfrentan millones de niñas en la región Latinoamericana.

Derecho a la información

El artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que los Estados Partes tiene la obligación de proveer, de forma oficiosa, la mayor cantidad de información completa, clara, accesible y actualizada, sobre al menos: “...la información que se requiere para el ejercicio de otros derechos—por ejemplo, la que atañe a la satisfacción de los derechos sociales como los derechos a la pensión, a la salud o a la educación”⁴⁰. Asimismo, el derecho a la salud tiene como uno de sus componentes esenciales el de la accesibilidad, que se manifiesta entre otras dimensiones, en el acceso a la información⁴¹.

Ahora bien, el derecho humano a la información abarca el derecho del receptor de la misma, a recibir información de calidad, es decir, oportuna y completa⁴², veraz e imparcial⁴³, así como que se diferencie claramente de las opiniones⁴⁴. De esta manera las personas pueden tomar decisiones informadas y verdaderamente libres. La CoIDH ha protegido tanto la faceta de tomar decisiones, como la de acceso a los servicios de salud para hacer

efectivas dichas decisiones en materia de sexualidad y reproducción, bajo el ámbito de los derechos a la vida privada, a la libertad y a la integridad personal⁴⁵.

No obstante, la CIDH ha manifestado su preocupación por la tergiversación de la información en materia reproductiva proporcionada por funcionarios públicos con fines disuasivos que se presenta en la región⁴⁶. Parte del estigma, la violencia y la discriminación sufrida por las niñas y adolescentes que forman parte de esta investigación de Planned Parenthood Global deriva de la falta de información clara, completa, accesible y actualizada sobre la violencia contra las mujeres. Por un lado, con lo que se refiere a la obligación del Estado de tener datos desagregados para promover políticas públicas adecuadas y por el otro, a facilitar a las niñas y adolescentes, así como a sus familiares información clara, completa, y veraz sobre sus derechos reproductivos.

Si bien todas las mujeres en la región americana tienen dificultades para lograr el acceso a información sobre la salud sexual y reproductiva, las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad enfrentan barreras adicionales. Las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual frecuentemente forman parte de estos grupos marginalizados y experimentan discriminación adicional por haber experimentado violencia sexual.

Es nuestra consideración que el derecho a la información establece la obligación por la parte de los Estados de la región de asegurar que las niñas y adolescentes víctimas de violencia pueden acceder a consejería sobre salud sexual y reproductiva, a la información sobre el embarazo, y a la información médica sobre opciones de tratamiento y formas de evitar el embarazo, como la AOE o el aborto. Obligación que se encuentra reforzada por el hecho de que la ausencia o la insuficiencia de la información facilita y refuerza la discriminación y estigmatización de las niñas y adolescentes que afrontan las víctimas de violencia, particularmente de violencia sexual.

Derecho a la vida digna

La CoIDH ha dicho que el contenido del derecho a la vida abarca el derecho a una vida digna, por lo que éste no resulta violado únicamente en casos donde hay muertes⁴⁷. Por el contrario, comenzó a ordenar el suministro estatal de las condiciones estructurales para una vida digna: alimentos, agua potable, saneamiento y atención médica adecuada.

La Corte Constitucional de Colombia ha señalado que la dignidad humana tiene una especial importancia en el desarrollo del principio de la eficacia de los derechos

fundamentales y de la realización de los fines y valores de la Constitución. De hecho, a partir de la Sentencia T-881 de 2002, ha interpretado la dignidad humana en tres esferas: “i) la autonomía para construir un proyecto de vida y elegir sus características (vivir como se quiere), ii) el acceso a ciertas condiciones materiales de existencia (vivir bien) y iii) la intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física y moral (vivir sin humillaciones)”⁴⁸. Esta línea de jurisprudencia ha resultado en una serie de importantes pronunciamientos en materia de salud sexual y reproductiva, basados en los derechos fundamentales como la autonomía y la dignidad humana⁴⁹.

Los resultados de la presente investigación indican que los derechos a la autonomía y a la dignidad de estas niñas y adolescentes han sido ampliamente vulnerados. En primer lugar, su derecho a vivir como se quiere ha sido vulnerado porque se les ha negado el derecho a diseñar y ejecutar un proyecto de vida libremente elegido. “[E]l proyecto de vida expresa la condición del ser humano de tener dignidad y ser un fin en sí mismo. Por esto es que en tanto modo vital que expresa a la autodeterminación que el derecho debe proteger, el proyecto de vida es de máxima relevancia moral y jurídica en general, y para los derechos reproductivos en particular⁵⁰.” El embarazo no deseado, implicó la imposición de una maternidad, destruyendo un proyecto de vida.

“No sé que vaya a pasar con mi vida y mi hijito”

Ana, 16 años. Perú

Y en segundo lugar, su derecho a vivir bien ha sido vulnerado por un embarazo que ha significado la imposición de una maternidad no deseada ni planificada, lo cual ha conllevado a mantener los círculos de pobreza. La pobreza influye en la probabilidad que tienen las menores de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico⁵¹. Los resultados de la investigación indicaron que la gran mayoría de las niñas y adolescentes entrevistadas desertaron del sistema escolar al quedarse embarazadas.

“Abandone la escuela porque empecé a sentirme enferma y no sabía por qué”

Ana, 12 años. Guatemala

Conclusiones

De los resultados obtenidos para este estudio podrían elaborarse las siguientes conclusiones:

- **Problema interseccional:** La maternidad en la niñez es un problema emergente que cruza a sectores como educación, salud, justicia, derechos de la niñez y de la mujer, por lo cual es considerado como un indicador de desarrollo y bienestar social. Es un escenario en el que el análisis interseccional arroja la verdadera dimensión de las violaciones de derechos humanos de estas personas, y permite adoptar medidas de reparación idóneas para este tipo de situaciones.
- **Salud integral:** Obligar a una niña y adolescente llevar un embarazo que sea resultado de actos delictuales se traduce en daños graves para su salud física, psicológica y emocional. Es más, la continuación del embarazo puede presentarse como incompatible con su proyecto de vida de la mujer embarazada. La posibilidad de acceder a servicios integrales en salud sexual y reproductiva, que incluyan la AOE y la opción de elegir un aborto legal y seguro, contribuiría al bienestar de estas niñas y adolescentes bajo estas circunstancias.
- **Criminalización del aborto:** La criminalización absoluta del aborto por la causal violación por parte de Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú trae como consecuencia violaciones graves de los derechos humanos, incluso el derecho a la salud, de las niñas y adolescentes embarazadas. Estas restricciones interfieren en la adopción de decisiones relacionadas con la salud y en el acceso a los servicios de salud, la educación y la información y, por consiguiente, los Estados están obligados a eliminarlas.
- **Enfoque biomédico:** Persiste un enfoque biomédico sobre la afectación de los embarazos no deseados, y particularmente producto de una violación, tienen en la salud física de las niñas y adolescentes, obviando las repercusiones en la salud mental y social. Refleja una limitada interpretación del derecho a la salud, la cual no está permitiendo que la salud de las menores sea tratada de una manera integral y por ende están sufriendo múltiples violencias y discriminaciones.

- **Ciclo de pobreza:** Los embarazos en niñas y adolescentes que provienen de segmentos de pobreza o extrema pobreza, conlleva a mantener los círculos de pobreza. La pobreza influye en la probabilidad que tienen las menores de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.
- **Acceso a la información:** Los Estados en donde se condujo la investigación no están cumpliendo con su obligación de generar de forma oficiosa, información suficiente y completa sobre la violencia contra las niñas y adolescentes y, las consecuencias para su salud sexual y reproductiva. Lo cual es una barrera importante para poder elaborar políticas públicas que aborden las vulneraciones de los derechos humanos resultantes del problema del embarazo entre las niñas y adolescentes.

Recomendaciones

A la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

- Adoptar un concepto del derecho a la salud integral (salud física, mental y social) como parte del marco de los derechos económicos, sociales y culturales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Plantear el tema de la maternidad forzada y el embarazo no planificado en la agenda de la Unidad sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, además de la agenda de la Relatoría sobre los Derechos de las Mujeres y la Relatoría sobre los Derechos de la Niñez.
- Recomendar a los Estados despenalizar el aborto en casos de violencia sexual y tener una interpretación más amplia del derecho a la salud (siguiendo los estándares internacionales) para que las niñas y adolescentes tengan la opción de interrumpir legalmente el embarazo en estos casos.
- Dentro de sus visitas in loco a estos países, dar seguimiento a esta situación, incluyendo reuniones con las organizaciones de sociedad civil como PROMSEX-Perú¹, Mujeres Transformando el Mundo-Guatemala², Fundación Desafío-Ecuador³, y Axayacatl-Nicaragua⁴, así como con los diferentes agentes del Estado.

A la Organización Panamericana de la Salud

- Continuar proveyendo apoyo técnico y colaborando con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el respeto, protección y promoción del derecho a la salud.
- Monitorear el impacto de la maternidad forzada entre niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en la salud pública y los derechos humanos al nivel regional.

A los Estados de Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú

- Prestar una atención de salud integral a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, teniendo en cuenta la afectación que el embarazo pueda estar generando en su salud física, mental y social. Debe incluir acceso a la anticoncepción oral de emergencia e interrupción legal del embarazo bajo la causal de riesgo para la vida y/o salud de la mujer, acceso temprano a los servicios de atención prenatal para detectar tempranas complicaciones y orientación sobre planificación familiar durante la atención prenatal y previamente al parto.
- Adoptar una interpretación más amplia del derecho a la salud – la salud física, mental y social – en el contexto del aborto por la causal salud, ya que las interpretaciones actuales se limitan a la salud física.
- Despenalizar el aborto en casos de violación sexual.
- Garantizar la implementación de una educación integral en sexualidad en todos los espacios para ampliar los horizontes de las niñas y adolescentes, pero muy especialmente que las empodere en el conocimiento y manejo de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Construir y socializar una ruta de atención legal para niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, para que esta sea congruente con la legislación nacional y los estándares internacionales de derechos humanos.
- Capacitar a los agentes estatales tanto del sector judicial como del sector médico sobre la atención integral que deben recibir las niñas víctimas de violencia sexual con una perspectiva de género y derechos humanos.

Sumarios ejecutivos paises



Ecuador

Antecedentes

En Ecuador, el embarazo en menores de 14 años es un grave problema de salud pública y la tendencia del porcentaje de partos de niñas de 10 a 14 años se ha incrementado aproximadamente un 78.1% desde 2002 hasta 2010 (INEC, 2010). Miles de niñas ecuatorianas menores de 14 años ya son madres, producto en la mayoría de casos de violación. En el 2010, un total de 3.864 niñas menores de 14 años fueron madres producto de la violencia sexual (INEC, 2010).

Esta es la realidad que esta investigación pretende estudiar, analizar y, sobre todo, visibilizar frente a un Estado que parece no reconocerlas. Este estudio de la Fundación Desafío pone en evidencia las grandes limitaciones a las que se enfrentan este grupo de niñas, a quienes se les ha robado una parte de sus vidas y se les ha impuesto otra, con la que muchas veces no pueden cargar.

Objetivo

Identificar las repercusiones que el embarazo y la maternidad producto de violación en adolescentes menores de 14 años genera en las tres dimensiones de la salud - física, mental y social - y en el ejercicio de sus derechos humanos en general.

Metodología

La presente investigación fue abordada desde una perspectiva principalmente cualitativa, haciendo énfasis en las experiencias y sentires de las niñas/adolescentes, para así entender más ampliamente los efectos en su salud integral. Se realizó la investigación en la ciudad de Quito en 2014, recopilando información por medio de 15 entrevistas a profundidad a adolescentes de 14 años, 8 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de un hospital público un Centro de Acogida y 1 entrevista a profundidad con una psicóloga experta en violencia sexual contra menores. Adicionalmente, se revisaron 139 historias clínicas de madres menores de 14 años que reposan en el archivo de un hospital público.

Principales resultados

Datos generales

- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, el 51% de los casos los padres de los recién nacidos son mayores de edad.
- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, un 12% de las adolescentes reportaron embarazos producto de violencia sexual, de los cuales el 44% son abusos sexuales o violaciones cometidos por familiares.
- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, el 82% son embarazos no deseados/no planificados.

Salud física

- De los testimonios logrados y de la revisión de las Historias Clínicas, el 71% de los casos presentaron complicaciones en el embarazo referidas sobre todo a anemia e infección de vías urinarias.
- Médico tratante del Hospital Pública dijo que más del 80% de estos partos se resuelven con una operación cesárea.
- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, el 11.5% de los recién nacidos mostraron complicaciones que comprometen su salud integral también.
- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, el 53% de las pacientes fueron dadas de alta con el implante subdérmico colocado.

Salud mental

- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, el 91.4% de los casos reflejaron "sintomatología depresiva" y "trastorno adaptivo".
- De acuerdo a los testimonios, las adolescentes transmitieron con relación a sus embarazos, el parto y la maternidad sensaciones de espanto, fastidio, miedo, rabia, horrible, nervios, dolor, culpa, coraje, estrés, tristeza, enojo, molestia, susto, desesperación, frustración, angustia, depresión y/o exasperación.

Salud social

- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, 47% de las niñas reportaron que se dedican a quehaceres domésticos.
- De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, 33% de las adolescentes han estudiado solo la primaria.

12% de las adolescentes reportaron embarazos producto de violencia sexual

Conclusiones

Este estudio es apenas una breve mirada a una situación gravísima como es el embarazo producto de violación en niñas menores de 14 años, situación que no ha merecido una preocupación suficiente en relación a propuestas de intervención. Es evidente que la afectación en la salud integral de estas niñas violadas y embarazadas es total. Aunque su salud mental y social son las más afectadas, también su salud física se ve amenazada por los riesgos que representa el embarazo a tan temprana edad, y por las complicaciones que se presentan en mayor proporción.

La maternidad forzada en las adolescentes menores es también un problema de justicia social. Es fundamental señalar que las niñas que deben enfrentar embarazos a tan temprana edad son aquellas que viven en situación de marginalidad y vulnerabilidad, dada su condición etaria, de clase y de género. Además, las violencias en su contra no cesan con la maternidad, y se expresan en que algunas vuelven a embarazarse, no logran estudiar, viviendo en un limbo social del cual no logran salir, pues esta realidad es inherente a la pobreza en la cual viven.



Guatemala

Antecedentes

La violencia sexual y el embarazo en niñas es un problema creciente en Guatemala. De acuerdo con los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), sólo en el 2012 se reportaron 3,100 embarazos en niñas de 10 a 14 años, situación que aumentó para el año 2013 cuando se reportaron 4,220 partos de niñas entre 10 y 14 años, mientras que en el año 2014 la cifra llegó a 5,100 casos y tan solo durante los primeros 6 meses del 2015, se reportaron 2,953 casos¹.

A partir de 2012, se han registrado avances en la identificación y denuncia de los casos de violación sexual en niñas en el país. Hasta el momento, los esfuerzos del Estado se han venido concentrando en la persecución penal. Para aportar evidencias respecto a la urgente necesidad de garantizar una respuesta integral del Estado a la violencia sexual en niñas, se realiza esta investigación sobre las consecuencias del embarazo en estas adolescentes.

Objetivo

Identificar el impacto del embarazo en la salud física, mental y social de niñas embarazadas entre las edades de 10 a 14 años.

Metodología

El estudio cualitativo y cuantitativo prospectivo de la Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) incluyó una investigación en la que dio seguimiento a 20 niñas embarazadas entre las edades de 10 a 14 años de diferentes departamentos del país. La metodología de la investigación incluyó: seguimiento clínico a través de controles prenatales, visitas domiciliarias, diversas entrevistas y acompañamiento a las niñas y sus familias. Con miras a conocer con mayor detalle el impacto en la salud de los embarazos en niñas, también se incluyó en esta investigación la documentación de casos en los que el embarazo culminó en la muerte, y a los que el OSAR dio seguimiento como parte de sus funciones.

Principales resultados

Datos generales

- Más del 55% de las niñas se embarazó a los 13 años.
- El 65% de las niñas se encontraron unidas. 1 de ellas se encontró casada.
- Ningún conviviente o “pareja” enfrenta un proceso penal.

Salud física

- Las repercusiones en la salud física incluyeron la preeclampsia, anemia, infección del tracto urinario, complicaciones del parto, problemas del crecimiento intrauterino, parto prematuro y/o recién nacido de bajo peso.
- El 50% de las niñas presentaban una estatura por debajo de 1.50 metros y en el 60% de estos casos, un peso pregestacional menor a 45 kilogramos, factores considerados como de riesgo para tener un recién nacido de bajo peso.
- En 25% de los casos; los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer, el cual conlleva un riesgo de fallecer durante el primer año de vida hasta 14 veces mayor que los recién nacidos con peso normal.

El 50% de las niñas presentaban una estatura por debajo de 1.50 metros

Salud mental

- La violencia sexual y el embarazo generaron cuadros de depresión, temor, tristeza, enojo, culpa, pensamientos recurrentes sobre la situación vivida, intranquilidad, miedo y vergüenza.
- Después del embarazo, el 100% de las niñas era víctima de violencia, principalmente psicológica. A ello se suma la violencia física, sexual y económica.
- El 25% de las niñas manifestaron como antecedentes amenazas de sus padres de abusar sexualmente de ellas o fueron abusadas anteriormente por otros hombres.

Salud social

- El 15% de las niñas nunca fueron a la escuela.
- Del total de las niñas que estaban estudiando, el 88% abandonaron la escuela después del embarazo. La deserción escolar reduce las oportunidades de inserción laboral, deja como único camino, presente y futuro, la función tradicional de madre y ama de casa, y mantiene el ciclo de pobreza.
- Solamente el 25% de las niñas tenían trabajo fijo y ganaron el salario mínimo.
- El 90% de las niñas tiene como ocupación actual el trabajo doméstico.

Conclusiones

En el caso de las adolescentes de menos de 15 años, incluidas en el estudio, el embarazo no es el resultado de una decisión deliberada. Al contrario, el embarazo 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 facultades, la pobreza y las presiones de la familia, de sus pares y de las comunidades. Y en estos casos que se presentan, es el resultado de la violencia sexual. Las niñas tienen poca autonomía, particularmente las que son forzadas al matrimonio, y poca poder de decisión sobre ellas, su cuerpo y su reproducción.

Muchos factores biológicos, económicos y culturales, tales como la pobreza, la malnutrición, la violencia sexual, la unión infantil y las desigualdades de género, condicionan la vida de una adolescente a través de un embarazo, comprometiendo y colocando en riesgo su salud, su realización personal y su vida. El principal problema en el grupo de niñas y adolescentes de la investigación radica en la conceptualización la maternidad y las uniones tempranas y la naturalización de la violencia por las comunidades y las familias.



Nicaragua

Antecedentes

La Asociación de Mujeres AXAYACATL considera esta situación una dolorosa tragedia que afecta no solamente la salud reproductiva y el bienestar de niñas y adolescentes, sino también la dinámica interna de su familia, teniendo una innegable incidencia en el ritmo y la dirección del desarrollo del país al prolongar ciclos de pobreza, marginación social e inequidad. El embarazo en este grupo etario es un problema de salud pública, por su alta frecuencia, por las graves consecuencias que se derivan y porque existen medidas que se pueden aplicar en su prevención.

Objetivo

Identificar las repercusiones que el embarazo producto de violación y estupro produce en las tres dimensiones de la salud - física, mental y social - y de la vida de niñas y adolescentes.

Metodología

El enfoque de la investigación es mixto, es un estudio epidemiológico de cohorte retrospectivo. Los datos se tomaron de fuentes primarias, tales como entrevistas con 30 niñas y adolescentes entre 12 y 19 años provenientes de siete departamentos del país, y secundarias, tales como la revisión de documentos personales de información médica.

Principales resultados

Datos generales

- El 93% de las adolescentes con embarazos producto de violación y 7% con embarazo producto de estupro.
- Solamente en un caso (7%) los violadores fueron dos desconocidos. En el 92% los responsables de los embarazos tenían alguna relación con la niña o adolescente ya sea de parentesco, sentimental, guía espiritual, guía educativo, vecindad, amistad o laboral.
- En el 100% el embarazo era no deseado. El 50% intentó interrumpir el embarazo.

Salud física

- Las adolescentes presentaron complicaciones en el embarazo, parto y puerperio: aborto, amenaza de aborto, anemia, síndrome hipertensivo gestacional, bajo peso materno, emesis e hiperemesis gravídica, infección de vías urinarias, hemorragia post-parto y/o mastitis.
- Los recién nacidos presentaron estrabismo, hipo calcemia neonatal, ictericia fisiológica y/o incubadora por 7 días.
- De las 10 adolescentes que tuvieron parto, el 50% necesitó una cesárea.
- El 57% recibió consejería en anticoncepción y el 28.57% método anticonceptivo al alta (método de barrera y Depo-Provera).

- En el momento de la entrevista, 90% de los recién nacidos se encontraron sanos.
- El 79% no recibió consejería en educación sexual y el 43% no recibió consejería en orientación nutricional.

Salud mental

- El 100% refiere sentimientos adversos durante el embarazo, incluso aflicción, tristeza, llanto, sufrimiento, pesadillas, pena, miedo, pereza, decaimiento y/o aislamiento. En una de las adolescentes, la valoración psicológica detalla la presencia de sintomatología de Síndrome de Stress post-traumático.
- El 14% tuvo ideas suicidas.
- En el momento de la entrevista, el 7% se describió sana y tranquila; el 7% se describió sana; el 22% se describen sanas aunque agregaron sentimientos de tristeza y de mal humor; y el 7% se describe enferma.

El 93% de las adolescentes con embarazos producto de violación

- En el momento de la entrevista, el 57% describen sentimiento adverso (i.e. angustia, agotamiento, tristeza, miedo, frustración, insomnio, nerviosismo, preocupación, mal humor, enojo, cefalea, desesperación, exceso de sueño, pesadillas, con dolor al lactar, un estado de dependencia en el cual no poder tomar decisiones, sentimiento de no servir para nada y de estar viviendo una vida sin esperanzas, y/o con ganas de quitarse la vida).
- El 35.71% refieren haberse acostumbrado a su nueva situación. El 35.7% se refiere a sentimientos de querer.
- Una (7.1%) dio a la bebé en adopción. Una de las entrevistadas (7.1%) refiere que el recién nacido la fastidia.
- El 50% refiere desgaste económico por la situación vivida.
- El 85.7% no recibe apoyo económico del padre de la o el recién nacido.
- El 78.57% recibe apoyo familiar y el 28.5% apoyo de una institución.
- El 78% de las adolescentes refiere expectativas con respecto de su futuro en el sentido de la superación personal a través del estudio y el trabajo.
- El 86% sintió estigma de su entorno social.
- El 100% no presenta un nuevo embarazo.
- En el 85.7% los casos están en algún momento de los procesos judiciales.
- En 14 historias, posterior al delito y al embarazo, se observa continuidad de la violencia en todas sus manifestaciones y severidad, así como daños colaterales intensos que profundizan el drama y la tragedia.

Salud social

- Al momento del delito, el 64% estaba cursando la primaria y el 14% estaba cursando la secundaria.
- Posterior al delito, el 64% no estudia y no trabaja, el 28.57% solamente estudian y el 7.1% solamente trabaja.

El 85.7% no recibe apoyo económico del padre de la o el recién nacido.

Conclusiones

Por un lado, las vidas de estas niñas y adolescentes sufrieron graves repercusiones en las tres dimensiones de la salud - física, mental y social - convirtiéndolas en víctimas de discriminación y tortura. Por otro lado, en la mayoría de los casos, ni ellas ni sus familias contaban con las mínimas condiciones para criar a esa niña o niño producto de violación, tornándose en hogares más pobres.

La violación y estupro, la confirmación del embarazo y dar a luz a una hija o hijo producto de ese acto violento, fue una sucesión de experiencias traumáticas para las niñas y adolescentes. Años después de los eventos presentan Síndrome de Stress post- traumático. Posterior al delito y al embarazo y aun en el caso en que la víctima se casó con el agresor, se observa continuidad de la violencia en todas sus manifestaciones y severidad, así como daños colaterales intensos que profundizan el drama y la tragedia.

Existen sutiles diferencias entre las víctimas de violación y las víctimas de estupro ante los sucesos acontecidos, en las cuales está de base la idea del consentimiento para las relaciones sexuales de parte de la adolescente. Los métodos anticonceptivos modernos de largo plazo que favorecen la adherencia y previenen el segundo embarazo no se ofertan en primer lugar. La vida de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual nunca vuelve a ser igual, aunque lleven procesos de recuperación emocional. Son efectivamente Vidas Robadas.



Peru

Antecedentes

El embarazo de las adolescentes es considerado uno de los problemas de salud pública más prevalentes e importantes que afecta a las mujeres peruanas. Afecta principalmente a jóvenes provenientes de segmentos de pobreza y pobreza extrema. Es caso particular la selva peruana, donde la frecuencia del embarazo en adolescentes es más alta y donde el número de gestantes es mayor comparativamente a las de otras.

Objetivo

Analizar el impacto que tiene el embarazo adolescente en la salud física, psicológica y social en jóvenes menores de 18 años.

Metodología

Este estudio cualitativo y cuantitativo retrospectivo tuvo tres momentos: entrevistas con 20 adolescentes menores de 15 años y 20 adolescentes entre 15 y 17 años en 4 establecimientos de salud (Hospital General María Auxiliadora en Lima, Hospital Nacional Daniel A Carrión en Callao, Hospital de Apoyo II en Piura y Hospital Amazónico en Ucayali); revisión de las historia clínicas; y entrevistas con 21 profesionales de salud que prestan servicios a las adolescentes.

Principales resultados

Datos generales

- El 87.8% de las adolescentes tuvo embarazos producto de relaciones sexuales voluntarias y en la mayoría de los casos fue con su pareja o enamorado (84.9%).
- Un 12% declaró que fue producto de violación sexual, situación un poco más frecuente en el grupo de 15 a 17 años.
- El 80% de las adolescentes afirmaron que su embarazo no fue planeado, ni deseado. Probablemente se expusieron a relaciones sexuales sin un método anticonceptivo, el método les falló, no pudieron mantener la continuidad del anticonceptivo o tenían prejuicios al respecto.
- Solo el 13.7% de adolescentes que se embarazaron intentaron interrumpir el embarazo. Sin embargo, la mayoría aceptó la situación.

Salud física

- El 89% de las adolescentes gestantes tuvo atención prenatal institucionalizada.
- El 63.31% presentaron complicaciones, principalmente: infección urinaria, los trastornos hipertensivos del embarazo, náuseas y vómitos, infecciones vaginales, anemia y ruptura prematura de membranas.
- Solo el 57.55% del total recibió algún anticonceptivo al momento del alta hospitalaria, siendo el inyectable

trimestral el más entregado (a casi el 30% de ellas).

- De las 139 adolescentes entrevistadas, 17 se habían vuelto a embarazar (12.2%).

Salud mental

- El 55% dijo tener algún tipo de molestia emocional (temor, miedo, preocupación o angustia). Al momento de la entrevista la mayoría dijo sentirse tranquila y sana, pero un 35% de las jóvenes seguía experimentando alguna manifestación de depresión, tal vez porque el apoyo recibido no era suficiente para enfrentar una situación exigente.
- Un poco más del 6% de las adolescentes intentó en algún momento suicidarse tomando raticidas, insecticidas o infligiendo cortes en su cuerpo. Esta situación expresa una forma extrema de la depresión que atravesaban.

De las 139 adolescentes entrevistadas, 12.2% se habían vuelto a embarazar.

- Respecto del/la infante, una cuarta parte de las adolescentes siente que lo debe cuidar, casi otro 25% dice sentirse feliz y contenta, un 36% tiene sentimientos de amor hacia el niño o niña y un 15% experimenta sentimientos de poco afecto, no acepta al niño/a, o muy a su pesar lo acepta.

Salud social

- La mayoría de los niños/as que nacieron de las adolescentes (62%) vivía con la familia de la madre, familia del padre y otros familiares.
- El 75% recibe apoyo económico del padre del niño o niña, que frecuentemente es escaso. La familia de la adolescente o de su pareja (93.53%) aporta recursos o la aloja a ella y al niño/a.
- La mayor parte de las adolescentes (43.9%) tenía secundaria incompleta.
- El 78% dejó de estudiar por el embarazo y 94% no trabaja fuera del hogar, por dedicarse a las labores domésticas. Estos resultados, más el apoyo económico restringido de la pareja y de la familia, limita mucho el desarrollo de un proyecto de vida en estas jóvenes y prolonga el circuito de pobreza en el que viven.
- Más del 60% de las adolescentes tienen como expectativa para su vida poder continuar sus estudios y aun hacerse de una carrera técnica o profesional y el 17% quiere trabajar.
- Las adolescentes afirmaron haber sentido estigmatización frente a sus embarazos: 25% lo sintió del personal de salud, 24% de parte de la familia y 27% de su entorno social.
- Un 66% de las y los profesionales de salud entrevistados contestó que el personal de salud tiene prejuicios o estigmatiza a las adolescentes gestantes y un 58% expresó que los familiares estigmatizan o tienen prejuicios contra las adolescentes.

Las adolescentes afirmaron haber sentido estigmatización frente a sus embarazos: 25% lo sintió del personal de salud, 24% de parte de la familia y 27% de su entorno social.

Conclusiones

Si bien el estudio se centró en tres regiones de Perú, los datos rescatados ayudan a comprender cómo impacta en la salud de las adolescentes más allá de su lugar de proveniencia: el patrón de muchas adolescentes es el mismo a nivel nacional en términos de nivel socio económico, escolaridad, o vulnerabilidad frente a la violencia. Las embarazadas adolescentes proceden mayormente de clases populares, en donde predomina la pobreza y pobreza extrema.

Existe todavía un peso muy grande en el enfoque biomédico que focaliza los diagnósticos en la salud física, dejando de lado el componente mental y el social. Además, existe escaso reconocimiento de los derechos humanos de las adolescentes y amplios sectores de la sociedad que continúan considerando que el embarazo a temprana edad es resultado que no les compete.

Resulta clave avanzar hacia estándares que superen el enfoque biomédico y el hecho de solo visualizar la mortalidad materna, para dar paso a una mejor comprensión de la salud mental, social y derechos humanos de las adolescentes, aspectos que lamentablemente aún se encuentran distantes de los compromisos de quienes son titulares de obligaciones y de garantías.

Notas Finales

Resumen Ejecutivo

- 1 Centro de Derechos Reproductivos. Leyes sobre aborto en el mundo 2014 (8 de septiembre, 2014). Disponible en: <http://www.reproductiverights.org/es/document/leyes-sobre-aborto-en-el-mundo-de-2014>
- 2 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 3 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 4 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 5 Sustraído de los resultados de la investigación de Vidas Robadas en Guatemala.
- 6 La Oficina de Defensoría del Pueblo de Guatemala es una institución pública creada por mandato constitucional, dedicada al asesoramiento y consultoría de entidades estatales que, a través del Procurador General de la Nación, tiene a su cargo la representación legal del Estado de Guatemala, de menores y personas consideradas legalmente incompetentes, adhiriendo a un estricto seguimiento de la ley y del proceso legal.
- 7 La Ciudad de Guatemala se encuentra aproximadamente a 8 horas del hogar de Ana.
- 8 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 9 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 4 Datos obtenidos del Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) demuestran que, en el año 2012 solamente, 3.100 embarazos fueron reportados en niñas entre 10 y 14 años. Este número va en aumento, con 4.220 nacimientos en el 2013, y 5.100 reportados en el 2014. Ver: Reporte de Monitoreo por la Red Nacional OSAR, marzo 2015. <http://www.osarguatemala.org>
- 5 Para más información, ver datos obtenidos en ENDES, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf> y su correspondiente comunicado de prensa de Peru21, Mil niñas de 12 y 13 años se convierten en madres cada año en el Perú, 26 septiembre 2015. <http://peru21.pe/actualidad/cada-ano-mil-ninas-12-y-13-anos-se-conviertenmadres-2228392>
- 6 De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se define como una etapa de vida de una persona entre los 10 y 19 años. En ciertos casos, la adolescencia se interrumpe cuando una menor se embaraza. Una de cada cinco mujeres en el mundo tendrán un hijo antes de cumplir los 18 años, y hay 16 millones de nacimientos por madres adolescentes cada año.
- 7 Leppälähti, S., Gissler, M., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2013). Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. (¿Es el embarazo adolescente un riesgo obstétrico en una sociedad de bienestar social? Un estudio basado en población de Finlandia entre el 2006 y el 2011). *BMJ open*, 3(8), e003225. Ver:; Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... & Vogel, J. P. (2014). Los resultados de embarazos y nacimientos entre madres adolescentes: un estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud.
- 8 Global Doctors for Choice/Colombia. (2012). El embarazo adolescente: Afectación de la salud y garantía de los derechos. Documento de posición. [Online]. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/442/Adolescentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Introducción

- 1 A lo largo del documento se utiliza el término “menores adolescentes” en referencia a adolescentes menores de 15 años.
- 2 Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador (INEC). (2012). Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
- 3 UNFPA. SI Mujer, Cairo+20 - Diagnóstico Nacional de Nicaragua 1994-2012.

- 9 Decreto No. 09-2009 del Congreso de la República de Guatemala. Ley contra la violencia sexual, explotación, y tráfico de personas, reforma del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República de Guatemala, Ley contra la violencia de género y reforma legal No. 641, Código Penal (Ley 779). 26 de enero, 2012. El 173 Bis fue agregado al texto legal, estableciendo que: "...el crimen de violación siempre es cometido si la víctima es una persona de menos de 14 años de edad". Ley contra la violencia de género y reforma legal No. 641, Código Penal (Ley 779). 26 de enero, 2012. **El artículo N. 173 del Código Penal del Perú** establece "Violación sexual del menor de catorce años: el que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primera vías, con un menor de catorce años de edad, será reprimido con las siguientes penas..." Disponible en: http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20130308_04.pdf
- En Nicaragua, mantener relaciones sexuales con un menor a 14 años constituye una violación de menores. **El artículo 168 del Código Penal de Nicaragua** establece "la violación de menores a 14 años. años. Quien tenga acceso carnal o se haga acceder con o por persona menor de catorce años o quien con fines sexuales le introduzca o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento por vía vaginal, anal o bucal, con o sin su consentimiento, será sancionado con pena de doce a quince años de prisión". En Ecuador, mantener relaciones sexuales con un menor a 14 años es considerado abuso sexual. Ley de violencia contra la mujer y reforma de ley No. 641, Código Penal (Ley 779). 26 de enero, 2012. **El artículo 171 del Código Penal de Ecuador** establece que "la persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Cuando la víctima sea menor de catorce años de edad...".
- 10 Gómez, P. I., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. T. O. Távara (Ed.). Promsex.
- 11 Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009 (Infografía Déjala Decidir).
- 12 García-Suárez, 2006; Rico, 1996 (Infografía Déjala Decidir).
- 13 Ministerio de Asuntos de la Mujer del Perú (Infografía Déjala Decidir).
- 14 Supra nota 4.
- 15 Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, 2007 (Infografía Déjala Decidir).
- 16 Ministerio de Asuntos de la Mujer del Perú (Infografía Déjala Decidir).
- 17 UNFPA.
- 18 Datos obtenidos del Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) demuestran que, en el año 2012 solamente, 3.100 embarazos fueron reportados en niñas entre 10 y 14 años. Este número va en aumento, con 4.220 nacimientos en el 2013, y 5.100 reportados en el 2014. Ver: Reporte de Monitoreo por la Red Nacional OSAR, marzo 2015 <http://www.osarguatemala.org>
- 19 Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador (INEC). (2012). [Online]. <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
- 20 Gómez, P. I., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. T. O. Távara (Ed.). Promsex.
- 21 Gómez, P. I., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. T. O. Távara (Ed.). Promsex.
- 22 Center for Reproductive Rights. Centro de Derechos Reproductivos. Leyes sobre aborto en el mundo 2014 (18 de septiembre, 2014). [Online]. <http://www.reproductiverights.org/es/document/leyes-sobreaborto-en-el-mundo-de-2014>
- 23 Por ejemplo, en el 2009, tras una demanda de una organización religiosa, el Tribunal Constitucional de Perú cambió su precedente frente a la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE) y prohibió la distribución gratuita del Levonorgestrel - uno de los componentes de las PAE - dentro de los servicios públicos sanitarios, sin prohibir la compra libre en las farmacias; dejando la PAE por fuera del alcance de mujeres de bajos recursos y de aquellas en zonas alejadas del país en donde las farmacias pueden ser muy escasas o desabastecidas.

24 Código Penal del Perú. Artículo 120. El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses: 1. Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente; o 2. Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico”.

25 Centro de Derechos Reproductivos. Leyes sobre aborto en el mundo 2014 (18 de septiembre, 2014). Disponible en: <http://www.reproductiverights.org/es/document/leyessobre-aborto-en-el-mundo-de-2014>

26 Código Orgánico Integral Penal de Ecuador. Art. 150: “Artículo 150.- Aborto no punible.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: ...2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental”.

27 Ley de violencia contra la mujer y reforma de ley No. 641, Código Penal (Ley 779). 26 de enero, 2012. **Art. 119 del Código Penal Peruano:** “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada, cuando es el único medio para salvar su vida o evitar un mal grave y permanente”.

Ley violencia contra la mujer y reforma de ley No. 641, Código Penal (Ley 779). 26 de enero, 2012. **Art. 137 del Código Penal Guatemalteco:** “No es punible el aborto realizado por un médico con el total consentimiento de la mujer embarazada, y con la opinión favorable de por lo menos un otro médico; si se realiza sin la intención directa de la muerte del producto de concepción y con la sola intención de evitar peligro de vida de la madre, previamente establecido, luego de haber agotado todos las opciones disponibles.

Ley violencia contra la mujer y reforma de ley No. 641, Código Penal (Ley 779). 26 de enero, 2012. **Art.150 del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador** (COIP): “Aborto legal. -Aborto realizado por un médico u otro profesional médico entrenado con el total consentimiento de la mujer embarazada o, si ella no pudiese otorgarlo, su esposo, pareja, familiar, o representante legal no será penalizado en los siguientes

casos: 1. si existe un peligro de vida de la mujer embarazada que no puede resolverse a través de otros métodos. 2. si el embarazo es resultado de la violación de una mujer con incapacidad mental”.

28 **Art. del Código Penal de Nicaragua:** “Con propósitos legales, el aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de por lo menos tres médicos, y con el consentimiento del esposo o familiar más próximo” Disponible en: <http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Nicaragua.abo.htm>

29 Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB) define al aborto terapéutico como “la interrupción del embarazo cuando se ha cumplido con el criterio médico y por lo menos una de las siguientes condiciones se encuentra presente: 1. si la vida o salud de la mujer se encuentra comprometida; 2. si el feto presenta malformaciones físicas o mentales incompatibles con la vida; 3. en el caso de violación, incesto, o violación de menores”.

30 Paola Bergallo y Ana Cristina González Vélez. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: Enfoques de salud y jurídico, 2012.

31 Comité contra la Tortura, Observaciones Concluyentes: Nicaragua, párrafo 16, Documento ONU CAT/C/NIC/CO/1 (2009). Ver también: Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1ro de febrero, 2013. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/AHRC-22-53_sp.pdf

32 Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, PROMSEX-Perú, Fundación Desafío-Ecuador, AXAYACATL-Nicaragua y OSAR Guatemala.

33 Dr. Luis Távara (PROMSEX); Dr. Héctor Fung (OSAR); Dra. Ligia Altamirano (AXAYACATL); Paula Castello y Virginia Gómez de la Torre (Fundación Desafío).

Parte 1

1 “Yo como madre sí intente que ella aborte, porque aun era muy chica. Ella intentó quitarse la vida por el enamorado, se tomó veneno de ratas”. Testimonio de la madre de Mafalda, de 14 años, Sullana, Perú.

2 Testimonio obtenido durante la investigación de Vidas Robadas en Nicaragua, 2015.

- 3 Testimonio obtenido durante la investigación de Vidas Robadas en Nicaragua, 2015.
- 4 "Las relaciones sexuales de mi hija no fueron consentidas, mire fue violada por un primo mío. Yo le decía que lo bote el embarazo porque él está preso en el penal. Yo le reprochaba y le decía por qué se dejó, por qué no se defendió y se dejó violar". Testimonio de la madre de una menor a 14 años en Sullana, Perú. Extraído de la investigación de Vidas Robadas en Perú, 2015.
- 5 Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, & Távara L. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 86.
- 6 Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross Sectional study. (Morbilidad y mortalidad materno-perinatal asociada con el embarazo adolescente en América Latina: Estudio Transversal.) *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342-349.
- 7 Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., . . . Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. *BJOG: Int J Obstet Gy*, 121, 40-48.
- 8 Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1993). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological.
- 9 Ginsburg, G., Baker, E., Mulaney, B., Barlow, A., Goklish, N., Hastings, R., . . . Walkup, J. (2008). Depressive symptoms among reservation-based pregnant American Indian adolescents. (Síntomas de depresión en adolescentes embarazadas indoamericanas localizadas en reservas) *Maternal and Child Health Journal*, 12 (Suppl 1). Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(3), 138-150.
- 10 Kabir, K., Sheeder, J., & Stevens-Simon, C. (2008). Depression, Weight Gain, and Low Birth Weight Adolescent Delivery: Do Somatic Symptoms Strengthen Or Weaken the Relationship? (Depresión, Subida de Peso, y Bajo Peso al Nacer en Partos Adolescentes: los síntomas somáticos ¿fortalecen o debilitan la relación? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21(6), 335-342.
- 11 Deal, L. W., & Holt, V. L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. (Edad maternal joven y síntomas depresivos: resultados de la encuesta nacional sobre salud materno-infantil 1988) *Am J Public Health American Journal of Public Health*, 88(2), 266-270.
- 12 Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. (Depresión durante el embarazo y el período posparto en madres portuguesas adolescentes y adultas). *Archives of Women's Mental Health Arch Womens Mental Health*, 10(3), 103-109.
- 13 Gavin, A. R., Lindhorst, T., & Lohr, M. J. (2011). The Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms Among Adolescent Mothers: Results from a 17-Year Longitudinal Study. (La prevalencia y correlativos de los síntomas depresivos en madres adolescentes: resultados de un estudio longitudinal durante 17 años). *Women & Health*, 51(6), 525-545.
- 14 Bissell, M. (2000). Socio-economic outcomes of teen pregnancy and parenthood: A review of the literature. (Resultados socio-económicos de embarazos adolescentes y paternidad: Revisión de la literatura). *Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(3), 191-204.
- 15 Byrne, D. M., Myers, S. C., & King, R. H. (1991). Short term labour market consequences of teenage pregnancy. (Consecuencias a corto plazo en el mercado laboral por causa de embarazo adolescente), *Applied Economics*, 23(12), 1819-1827. Corcoran, J. (1998). Consequences of Adolescent Pregnancy/ Parenting. *Social Work in Health Care*, 27(2), 49-67.
- 16 Buvinić, M. (1997). Women in Poverty: A New Global Underclass. *Foreign Policy*, (108), 38.
- 17 Engle, P. L., & Smidt, R. (1996). Consequences of women's family status for mothers and daughters in Guatemala. Technical Report, Population Council, New York/International Center for Research on Women Series.
- 18 Rico, J. & Atkin L. (1995). De abuela a madre, de madre a hijos: Repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza. Reporte preparado por el Programa conjunto del Population Council/ICRW, "Family Structure, Female Headship and Maintenance of

- Families and Poverty."New York and Washington, D.C.: The Population Council and ICRW.
- 19 Buvinić, M. (1997). Women in Poverty: A New Global Underclass. *Foreign Policy*, (108), 38.
 - 20 Nova Scotia, Departamento de Servicios a la Comunidad. (1991). *Mothers and Children: One Decade Later. A Follow-up Study to Vulnerable Mothers, Vulnerable Children.* (Madres e Hijos: Una década después. seguimiento del Estudio de Mujeres vulnerables, Hijos vulnerables). Halifax: Department of Government Service
 - 21 Hotz, V.J., McElroy, S.W., & Sanders, S.G. (1997). The costs and consequences of teenage childbearing for the mothers and the government. In: Maynard, R.A. (ed.). *Kids Having Kids.* Washington, DC: The Urban Institute Press: 55-94.
 - 22 Paranjothy, S., Broughton, H., Adappa, R., & Fone, D. (2009). Teenage pregnancy: Who suffers? (Embarazo Adolescente: ¿Quién sufre?) *Archives of Disease in Childhood*, 94(3), 239-245.
 - 23 Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Develop. Psychopathol. Development and Psychopathology*, 14(1), 179-207.
 - 24 Bradshaw, J. (2005) Child poverty and deprivation, in J. Bradshaw, and E. Mayhew (eds.) *The well-being of children in the United Kingdom*, London: Save the Children.; Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Develop. Psychopathol. Development and Psychopathology*, 14(1), 179-207.
 - 5 Ibid.
 - 6 Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (DINAPEN) es un programa de la Policía Nacional de Ecuador con enfoque en el desarrollo de planes, programas y proyectos para la prevención, intervención y entrenamiento para el beneficio de niños, niñas y adolescentes. <http://www.policiaecuador.gob.ec/dinapen/>
 - 7 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
 - 8 El Congreso de la República de Guatemala, en cumplimiento de su función de fiscalización, en alianza con la facultad de ciencias médicas de la universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de ciencias médicas y de la salud de la Universidad Mariano Gálvez, el Instituto Universitario de la Mujer de la USAC, la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala impulsa la formación de un Observatorio en Salud Reproductiva, con el fin de monitorear y fiscalizar la implementación de las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva. El OSAR fundamenta su trabajo sobre la base del seguimiento sistemático y la aplicación de herramientas para la construcción de indicadores y recolección de datos que permitan contar con información oportuna y de calidad sobre el avance y desafíos de los procesos de implementación de las políticas.
 - 9 Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET), organismo adjunto a la Vice Presidencia de la República de Guatemala que tiene por objetivo erradicar la violencia sexual, explotación y trata de personas y maltrato contra personas menores de edad; así como los niveles de impunidad asociada a ellos, como resultado de la oportuna y eficaz intervención de la Institucionalidad Pública. <http://svet.vicepresidencia.gob.gt/>

Parte 2

- 1 S tenía 13 años al momento del embarazo, 14 cuando dio a luz, y 15 cuando se produjo esta entrevista.
- 2 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 3 La información del refugio ha sido omitida para proteger la privacidad de la menor y su entorno.
- 4 Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INFA), parte del Ministerio de Economía e Inclusión Social de Ecuador (MIES) <http://www.inclusion.gob.ec/>
- 10 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 11 Este testimonio fue recolectado durante la investigación de Vidas Robadas en Guatemala, hecho por el asistente fiscal de Chisec, quien declaró que no se empezaba una investigación hasta que la familia y víctima se hicieran presentes para presentar una queja.
- 12 Sustraído de los resultados de la investigación de Vidas Robadas en Guatemala.

- 13 La Oficina de Defensoría del Pueblo de Guatemala es una institución pública creada por mandato constitucional, dedicada al asesoramiento y consultoría de entidades estatales que, a través del Procurador General de la Nación, tiene a su cargo la representación legal del Estado de Guatemala, menores y personas consideradas incompetentes legalmente, adhiriendo a un estricto seguimiento de la ley y el proceso legal. <http://www.pgn.gob.gt/>
- 14 Dirección General de la Policía Nacional Civil <http://www.pnc.gob.gt/>
- 15 Sustraído de los resultados de la investigación de Vidas Robadas en Guatemala.
- 16 Para más información, visite el sitio: <https://www.renap.gob.gt/>
- 17 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 18 El nombre fue modificado para proteger la identidad de la víctima y su familia.
- 19 Sustraído de la investigación de Vidas Robadas en Nicaragua. Dado consideraciones de privacidad, se ha omitido el número de referencia del caso, ya que el mismo continúa bajo investigación.
- 10 Secretariado Nacional de Planificación y Desarrollo, Plan Nacional de Bienestar, 2013-21. Objetivo 6, Política 6.7. <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- 11 Código Orgánico Integral Penal, Registro Oficial No. 180. Capítulo segundo. Crímenes relacionados con los derechos y libertades. Segunda Sección. Primer Párrafo. Crímenes relacionados a la violencia contra la mujer o miembros de la familia, Arts. 155-159.
- 12 Ley Orgánica de Salud, Ley 67, Registro Oficial Suplementario 423 (2006), Art. 21.
- 13 Ley Orgánica de Salud, Ley 67, Registro Oficial Suplementario 423 (2006), Art. 32.
- 14 Código sobre Niñez y Adolescencia. Ley 100. Registro Oficial 737 (2003), Art. 27.
- 15 La Ley de Desarrollo Social define a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, psicológico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual de dignidad personal, y las decisiones de vida personales que lleven al goce de una vida sexual placentera y sin riesgos, así como la decisión de procrear o no y la decisión de cuándo y cuán seguido, de manera responsable”.

Parte 3

- 1 Decreto Presidencial No. 620, Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género en Niños, Adolescentes y Mujeres (2007).
- 2 Ministerio de Salud Pública de Ecuador: Normas y Protocolos para la Provisión de Cuidados Integrales para Víctimas de Violencia basada en Género Doméstica y Sexual Durante el Ciclo de Vida.
- 3 Ministerio de Educación de Ecuador, Acuerdo No. 340-11 (2008).
- 4 Constitución de la República de Ecuador, Registro Oficial # 449 (2008).
- 5 Constitución de la República de Ecuador, Art. 362.
- 6 Constitución de la República de Ecuador, 37 & 39.
- 7 Constitución de la República de Ecuador, Art. 32.
- 8 Constitución de la República de Ecuador, Art.362.
- 9 Constitución de la República de Ecuador, Art. 264, 286 & 298.
- 16 Plan. (2012). Estudio acerca de las normas nacionales e internacionales a favor de las niñas y adolescentes. (pág. 91). [Online]. <http://bibliotecaplan.org/wp-content/uploads/2013/12/Normativa-a-favor-de-las-ni%C3%B1as.pdf>
- 17 Este es un sistema de indicadores para la sociedad civil con el fin de evaluar el cumplimiento del Estado de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convention of Belém do Pará” (SIBDP).
- 18 CF. Chejter, Silvia, et a. (1999). Ley 25.087, Reforma del Código Penal sobre Crímenes contra la Integridad Sexual (pág. 8). Centro de Encuentros Cultura y Mujer y del Centro Municipal de la Mujer del Municipio de Vicente López.
- 19 Tercer Reporte de la Corte Penal sobre Crímenes de Femicidio y Otras Formas de Violencia contra la Mujer, Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, 18 -19 (junio 2013- junio 2014).
- 20 Constitución de Nicaragua, Art. 23 [Inviolabilidad del derecho a la vida]. El derecho a la vida es inviolable

- e inherente a cada ser humano. No existe la pena de muerte en Nicaragua.
- 21 Constitución de Nicaragua, Art. 59 [Derecho a la Salud]. Todo ciudadano nicaragüense tiene el mismo derecho a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Es la responsabilidad del Estado el dirigir y organizar los programas, servicios y acciones necesarias para la salud, y promover la participación popular para su defensa. Los ciudadanos tienen la obligación de someterse a las medidas sanitarias establecidas.
- 22 Ley Violencia contra la Mujer y Reforma Legal No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 1.
- 23 Ley Violencia contra la Mujer y Reforma Legal No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 2.
- 24 Ley Violencia contra la Mujer y Reforma Legal No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 12.
- 25 Ley Violencia contra la Mujer y Reforma Legal No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 15.
- 26 Ley Violencia contra la Mujer y Reforma Legal No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 16.
- 27 Ley Violencia contra la Mujer y Reforma Legal No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 24.
- 28 Título 5: Organizaciones Responsables en el Área de Violencia de Género. Ley Violencia de Género y reforma de ley No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012.
- 29 Ley Violencia de Género y reforma de ley No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 46.
- 30 Ley Violencia de Género y reforma de ley No. 641, "Código Penal" (Ley 779). 26 de enero, 2012, Art. 4.
- 31 Código de Familia. Ley 870. Aprobada el 24 de junio, 2014. Publicada en La Gaceta No. 190, 8 de octubre, 2014.
- 32 Código de Familia. Ley 870. Aprobada el 24 de junio, 2014. Publicada en La Gaceta No. 190, 8 de octubre, 2014, Art. 32.
- 33 Código de Familia. Ley 870. Aprobada el 24 de junio, 2014. Publicada en La Gaceta No. 190, 8 de octubre, 2014, Art. 316.
- 34 Código de Familia. Ley 870. Aprobada el 24 de junio, 2014. Publicada en La Gaceta No. 190, 8 de octubre, 2014. El Art. 53 citado como ejemplo, define el matrimonio como una "unión voluntaria entre un hombre y una mujer".
- 35 Código Penal de Nicaragua. Ley 641. Art. 143. Aprobada el 16 de noviembre, 2007.
- 36 Código Penal de Nicaragua. Ley 641. Art. 143. Aprobada el 16 de noviembre, 2007.
- 37 Código Penal de Nicaragua. Ley 641. Art. 143. Aprobada el 16 de noviembre, 2007.
- 38 Código Penal de Nicaragua. Ley 641. Art. 143. Aprobada el 16 de noviembre, 2007.
- 39 Comité de Derechos Civiles y Políticos (Sesión 94. CCPR/C/NIC/CO/3); Comité de Derechos Culturales, Económicos y Sociales (Sesión 41. E/C.12/NIC/CO/4); Comité contra la Tortura (Sesión 42. CAT/NIC/CO/1); Comité sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (CEDAW) (Sesión 37. CEDAW/C/NIC/CO/6); Comité sobre los Derechos de la Niñez (Sesión 55. CRC/C/NIC/CO/4).
- 40 Carta del 10 de noviembre, 2006 de Víctor Abramovich y Santiago A. Canton dirigida a Norman Calderas Cardenal, Ministro de Asuntos Exteriores de Nicaragua.
- 41 Código Penal Peruano, Decreto Legislativo No. 635, firmado el 3 de abril, 1991 y promulgado el 8 de abril, 1991.
- 42 Código Penal Peruano. Art. 120, párrafo 2.
- 43 (2015, Mayo 29). Déjala Decidir - aborto en el Perú. Articulación Feminista Mercosur. Sustraído de: <http://www.mujeresdelsur-afm.org.uy/105-uncategorised/381-dejala-decidir-aborto-en-peru>
- 44 Esta guía fue publicada el 28 de junio, 2014 en el diario oficial El Peruano y se hizo efectiva el 29 de junio, 2014.
- 45 (2014, Junio 27). MINSA presentó guía técnica para aplicar aborto terapéutico. El Comercio. Sustraído de: <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/minsa-presento-guiatecnica-aplicar-aborto-terapeutico-noticia-1739222>
- 46 Secretariado Nacional para la Planificación y el Desarrollo, Plan Nacional de Bienestar, 9-1. Objetivo 6, Política 6.7. <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- 47 Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Sustraído de: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
- 48 IACHR. (2011). Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica. [Online].

<https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>

- 49 IACHR. (2011). Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.6). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 50 IACHR. (2011). Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.1). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 51 IACHR. (2011). Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.17). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 52 IACHR. (2011). Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.18). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 53 IACHR, Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica, 18.
- 54 Mujica, J.(2011). Violaciones sexuales en Perú 2000 - 2009. Un informe sobre el estado de la Situación.
- 55 Mujica, J.(2011). Violaciones sexuales en Perú 2000 - 2009. Un informe sobre el estado de la Situación.
- 56 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones concluyentes conjuntas del séptimo y octavo reporte periódico de Perú, CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 julio, 2014.
- 57 IACHR. (2011). Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica. Las Américas, 8, 10.
- 58 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica, Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en las Américas, 185.
- 59 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica. [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 60 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica. [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 61 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica. [Online].

<https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>

- 62 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica. [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 63 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.142). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 64 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.143). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 65 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.176). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 66 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.14). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 67 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica (pág.205). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>
- 68 Ipas Centroamérica. (2011). Mujeres víctimas sobrevivientes de violencia sexual y sus experiencias con los servicios de salud disponibles en Guatemala.
- 69 Ipas Centroamérica. (2011). Mujeres víctimas sobrevivientes de violencia sexual y sus experiencias con los servicios de salud disponibles en Guatemala.
- 70 PAHO Understanding and addressing violence against women. (Comprender y abordar la violencia contra las mujeres). [Online]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8165%3A2013-understanding-addressing-violence-againstwomen&catid=1505%3Aabout-us&lang=en
- 71 PAHO.(2014).Understanding and addressing violence against women. (Comprender y abordar la violencia contra las mujeres). [Online]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8165%3A2013-understanding-addressing-violence-againstwomen&catid=1505%3Aabout-us&lang=en
- 72 IACHR. (2011), Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Mesoamérica.

- 73 Ipas Centroamerica. (2011). Mujeres víctimas sobrevivientes de violencia sexual y sus experiencias con los servicios de salud disponibles en Guatemala.
- 74 Vidas Robadas, Reporte Investigación en Nicaragua.
- 75 Vidas Robadas, Reporte Final, Ecuador.
- 76 Vidas Robadas, Reporte Final, Ecuador.
- 77 Bergallo, Paola, & Ana Cristina González Vélez. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. 2012.
- 78 Maniglio, R. (2009). "The Impact of Child Sexual Abuse on Health: A Systematic Review of Reviews Sexual Violence Research Initiative". (El impacto del abuso sexual en la niñez sobre la salud: una revisión sistemática de las revisiones de la iniciativa de investigación sobre violencia sexual). *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657. [Online]. <http://www.svri.org/MentalHealthResponse.pdf>
- 79 Organización Mundial de la Salud. (2002). Reporte Global sobre Violencia y Salud. [Online]. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf

Parte 4

- 1 IACHR - Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud [Online]. <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducycSalud.pdf>
- 2 Cabrera Muñoz, Patricia. (2011). *Intersecting Violence: A Review of Feminist Theories and Debates on Violence Against Women in Latin America*. CAWN. (Violencias interseccionales: Debates feministas y marcos teóricos en el tema de la pobreza y la violencia contra las mujeres en Latinoamérica). CAWN.
- 3 Rosendo Cantú et al v. México, Corte Interamericana de Derechos Humanos. [31 agosto, 2010]. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_216_esp.pdf
- 4 Women's Link Worldwide Gender Justice Observatory. [Online]. http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=observatorio&id_decision=358
- 5 Corte Interamericana de Derechos Humanos. (18 septiembre, 2015). Sentencia en el caso de una niña con VIH luego de un ataque sexual. [Online]. http://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_32_15.pdf
- 6 Women's Link Worldwide Gender Justice Observatory. Caso B.S. v. España [B.S. v. Spain], Sentencia 24 julio, 2012. [Online]. http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=observatorio&id_decision=445
- 7 Women's Link Worldwide Gender Justice Observatory. [Online]. http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=observatorio&id_decision=445
- 8 Comité CEDAW (1992, 29 de enero). Recomendación General No. 19: Violencia contra la Mujer. 11° sesión, A/47/38, párrafo 1. [Online]. www.amdh.org.mx/mujeres3/CEDAW/docs/Recom_grales/19.pdf
- 9 Comité CEDAW (1992, 29 de enero). Recomendación General No. 19: Violencia contra la Mujer. 11° sesión, A/47/38, párrafo 6. [Online]. www.amdh.org.mx/mujeres3/CEDAW/docs/Recom_grales/19.pdf
- 10 Organización de Estados Americanos. (5 marzo, 1995). 1996. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. [Online]. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- 11 Organización de Estados Americanos. (5 marzo, 1995). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. [Online]. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- 12 Organización de Estados Americanos. (5 marzo, 1995). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. [Online]. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- 13 Organización de Estados Americanos. (5 marzo, 1995). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. [Online]. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- 14 K fue víctima de violencia sexual desde los 8 años, y dio a luz a los 14. Planned Parenthood la conoció en un refugio y recogió su testimonio. Aún en retrospectiva, es sumamente útil para entender el impacto de su embarazo a los 14 años que tiene 17 años.
- 15 UNICEF. (2014). *Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence against Children*. [Online]. http://www.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_Summary_EN_2_Sept_2014.pdf
- 16 4 en Perú, 2 en Guatemala, 4 en Ecuador, y 13 en Nicaragua.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Violencia contra la Mujer en Latinoamérica y el Caribe*:

- Un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (pág. 6).
- 18 K fue víctima de violencia sexual desde los 8 años, y dio a luz a los 14. Planned Parenthood la conoció en un refugio y recogió su testimonio. Aún en retrospectiva, es sumamente útil para entender el impacto de su embarazo a los 14 ahora que tiene 17 años.
- 19 Ipas. (2003). *Violencia, Embarazo, y Aborto: Los Derechos de la Mujer y Temas de Salud Pública*.
- 20 El Centro de Derechos Reproductivos es una organización basada en los Estados Unidos que se dedica a la defensa y promoción de los derechos reproductivos en todo el mundo. <http://www.reproductiverights.org/es>
- 21 Fondo para la Población de las Naciones Unidas. (1994). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Programa de Acción. [Online]. <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-anddevelopment-programme-action>
- 22 Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La salud en las Américas 2007 (Volumen I, pág. 143)*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- 23 Organización Panamericana de la Salud (2007). *La salud en las Américas 2007 (Volumen I, pág. 143)*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- 24 BBC World. (2005). *The Tragedy of Pregnant Girls from Sexual Assault [La tragedia de las niñas embarazadas por violaciones en América Latina]*. [Online]. http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/05/150512_america_latina_embarazos_ninas_violadas_vs
- 25 Instituto Nacional de Estadística y Censo de Ecuador (INEC). (2011). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia Basada en Género 2011*. [Online]. <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/94>
- 26 Gonzalez, Ana Cristina. (2008). *Causal Health: Legal Interruption of Pregnancy, Ethics, and Human Rights. Causal Salud: Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos*. [Online]. http://cotidianomujer.org/uy/pub_casos_causal11.pdf
- 27 Supra nota 41
- 28 Organización de Estados Americanos. (1966). *Convención Americana de Derechos Humanos*.
- 29 Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (1992). *Comentario General No. 20, Documento ONU HRI/GEN/1/Rev.7*.
- 30 Comité contra la Tortura. (2006) *Observaciones Concluyentes: Perú (Párrafo 23)*.
- 31 Bergallo, Paola, et al. (2011). *Legal Interruption of Pregnancy from Sexual Assault: Health and Legal Issues. Interrupción legal del embarazo por ataque sexual: ramificaciones legales y de salud*. [Online]. <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/244.pdf>
- 32 Supra nota 40
- 33 Organización de Estados Americanos. (1969). *Convención Americana de Derechos Humanos (Art. 1)*.
- 34 Organización de Estados Americanos. (5 marzo, 1995). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Art. 6)*. [Online]. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- 35 L.C. quedó embarazada a los 13 años como resultado de una violación por un hombre mayor. Trató de suicidarse tirándose del techo de un vecino, y sufrió una lesión de la médula espinal. Fue transportada a un hospital público, donde los médicos recomendaron una intervención quirúrgica de urgencia para minimizar el daño causado por la caída. La cirugía fue suspendida cuando se confirmó el embarazo. A pesar de conseguir un permiso oficial de la jefatura del hospital para un aborto terapéutico, se le denegó el procedimiento. Fue solo luego de que tuviese un aborto espontáneo casi tres meses más tarde luego de la lesión inicial que pudo someterse a la cirugía. No tuvo éxito y quedó cuadrupléjica.
- 36 Naciones Unidas. (2011). *Convención para erradicar toda forma de discriminación contra la mujer*. [Online]. <http://www.cladem.org/cladem/L.C.-vs-Per%C3%BA-%28Dictamen%29.pdf>
- Ver también, Centro de Derechos Reproductivos, Center for Reproductive Rights: http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/28JAN15%20GLP_LAC_LCvPeru_Factsheet%20AS%20FILED.pdf
- 37 Centro de Derechos Reproductivos. Center for Reproductive Rights. *L.C. vs Peru: the Right to Abortion in Cases of Rape. L.C. vs Perú: el derecho al aborto en casos de violación* [Online]. <http://www.reproductiverights.orghttp://www.reproductiverights.org>
- 38 Cook R., Cusack, S., et al. (2010). *Unethical Stereotyping of Women's Reproductive Health (La Estereotipación Poco Ética de la Mujer en la Salud Reproductiva)*,

- International Journal of Gynecology and Obstetrics, 109, 255-258. [Online]. <http://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP23rev-Stereotyping-IJGO.pdf>
- 39 Cook R., Cusack, S., et al. (2010). Unethical Stereotyping of Women's Reproductive Health (La Estereotipación Poco Ética de la Mujer en la Salud Reproductiva), International Journal of Gynecology and Obstetrics, 109, 7. [Online]. <http://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP23rev-Stereotyping-IJGO.pdf>
- 40 Comisión Interamericana de Derechos Humanos: Special Rapporteurship for Freedom of Expression. (2010). The Inter-American Legal Framework regarding the Right to Access to Information (El Derecho al Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano) (párrafo 32). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/expression/docs/publications/2012%2009%2027%20ACCESS%20TO%20INFORMATION%202012%20edits.pdf>
- 41 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Comentario General No. 14, E/C.12/2000/4, párrafo 12.
- 42 Comisión Interamericana de Derechos Humanos: Special Rapporteurship for Freedom of Expression. (2010). The Inter-American Legal Framework regarding the Right to Access to Information (El Derecho al Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano) (párrafo 67). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/expression/docs/publications/2012%2009%2027%20ACCESS%20TO%20INFORMATION%202012%20edits.pdf>
- 43 Corte Constitucional de Colombia. Sentencias C-488 de 1993, T-074 de 1995, T-472 de 1996, T-066 de 1998, T-626 de 2007, T - 263 de 2010, y T - 627 (2012).
- 44 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T - 627 de 2012.T - 627 (2012).
- 45 Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). Caso Artavia Murillo et al. ("Fertilización In vitro") v. Costa Rica: Objeciones preliminares, méritos, reparaciones y costos (párrafos 142-147).
- 46 Comisión Interamericana de Derechos Humanos: Special Rapporteurship for Freedom of Expression, Op. Cit., (párrafo 67).
- 47 Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1999). Caso "Niños de la Calle" (Villagrán-Morales et al.) v. Guatemala. [Online]. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_63_esp.pdf
- 48 Comisión Interamericana de Derechos Humanos: Special Rapporteurship for Freedom of Expression. (2010). The Inter-American Legal Framework regarding the Right to Access to Information (El Derecho al Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano) (párrafo 67). [Online]. <https://www.oas.org/en/iachr/expression/docs/publications/2012%2009%2027%20ACCESS%20TO%20INFORMATION%202012%20edits.pdf>
- 49 Bohórquez, V., et al. (2010). Las tensiones de la dignidad humana: conceptualización y aplicación en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, (The Tensions of Human Dignity: Conceptualization and Application of Human Rights in International Law). Revista Sur Internacional de Derechos Humanos, 11. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C - 355, 2006.
- 50 Tealdi, 2011:2
- 51 Organización Mundial de la Salud. (2009). Embarazo adolescente: un problema culturalmente complejo, (Adolescent Pregnancy: A Culturally Complex Issue), 87 (2009). [Online]. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

Conclusiones

- 1 Grover, Anand. (2011). Special Rapporteur of the Human Rights Council's Interim Report on the Right of Every Person to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. [Online]. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254&referer=/english/&Lang=S

Recomendaciones

- 1 PROMSEX es una organización no gubernamental feminista, conformada por hombres y mujeres, profesionales y activistas, que busca contribuir a la vigencia de la integridad y dignidad de las personas en el acceso a la salud sexual y reproductiva, la justicia y la seguridad humana, a través de la incidencia política, de la generación de conocimiento y de la articulación con otras organizaciones de la sociedad civil. www.promsex.org

- 2 Mujeres Transformando el Mundo es una organización guatemalteca enfocada en el acompañamiento de casos de violencia sexual, discriminación, femicidio y trata de personas. **<http://www.mujestransformandoelmundo.org/es>**
- 3 Fundación Desafío es una institución privada de desarrollo que busca la equidad en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, potenciando y facilitando la toma de decisiones libres y responsables en la sexualidad y la reproducción con énfasis en las mujeres y población adolescente. **<http://www.fundaciondesafio-ec.org/>**
- 4 La Asociación de Mujeres de Axayacatl es una organización sin fines de lucro cuyo principal objetivo es la promoción y defensa de los derechos de la mujer.

Anexo

- 1 Un reporte de monitoreo conducido por la red nacional OSAR. Marzo 2015. **www.osarguatemala.org**

