



**JUGAR  
♂  
PARIR**



**Embarazo  
infantil  
forzado  
en América Latina  
y el Caribe**

## Ficha técnica

© Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de Derechos de las Mujeres (CLADEM)

Elaboración: Susana Chiarotti

Colaboración: Milena Páramo (Argentina); Priscila Akemi Beltrame y Rubia Abs da Cruz (Brasil); Patricia Bráñez (Bolivia); Cindy Ballestas (Colombia); Yolanda Guirola (El Salvador); Alva Gordillo y Giovanna Lemus (Guatemala); Regina Fonseca (Honduras); Elizabeth Plácido y Julia Escalante (México); Virginia Meneses (Nicaragua); Zagrario Pérez (Panamá); Belinda García, María Elena Verdum y Melody Brizuela (Paraguay); Victoria Solís (Perú); Ana Irma Rivera (Puerto Rico); Katherine Jaime (República Dominicana) y Ana Lima (Uruguay).

Edición: Elba Núñez, Coordinadora Regional

Diseño y diagramación: Marta Giménez

Fotografías: Lorena Espinoza

Asistencia técnica: Liyana Pavón (CLADEM República Dominicana)

Asistencia en coordinación: Claudia Vallejos

Jirón Caracas 2.624, Jesús María, Lima 11. Lima, Perú.

E-mail: [oficina@cladem.org](mailto:oficina@cladem.org)

Página web: [www.cladem.org](http://www.cladem.org)



redcladem



cladem

Nota: Las fotografías fueron obtenidas con consentimiento previo, libre e informado de las niñas y sus representantes legales.

Primera edición.

Asunción, Paraguay.

ISBN: 978-99967-828-3-1

Disponible en [www.cladem.org](http://www.cladem.org)

## Presentación

El embarazo infantil forzado ha sido un problema históricamente invisibilizado, bajo las cifras y diagnósticos sobre embarazo y maternidad adolescente, a pesar de que tanto las causas como las *consecuencias* de embarazos en niñas pequeñas son, en su mayoría, diferente al de las jóvenes.\*

El *Balance regional "Niñas madres. Embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe"*, publicado por el CLADEM en el año 2016, revela que existe un patrón de violencia que está plasmado en el ocultamiento de la información y renuencia por parte de los Estados de colocar en la agenda pública y priorizar las acciones de prevención, sanción y erradicación. Hemos visto que la mayoría de los casos de embarazos infantiles aparecen como producto de violencia sexual, ejercida por integrantes de la familia (abuso sexual incestuoso), conocidos, vecinos, o extraños. A diferencia, por lo tanto, de lo que ocurre en la franja de 15 a 19 años, donde se registra una incidencia importante de embarazos debido a una iniciación sexual temprana.\*\*

A partir de constatar esta flagrante violación de los derechos de las niñas que estaba ausente de las agendas nacionales, regionales e internacionales, desde CLADEM lanzamos la *Campaña "Embarazo Infantil Forzado es Tortura"* y en ese contexto venimos monitoreando a los Estados de la región en el cumplimiento de su obligación de prevenir, sancionar y erradicar esta práctica. También desde el Litigio Internacional, exigimos el cumplimiento de medidas cautelares. Igualmente desarrollamos acciones de incidencia para el cumplimiento del Consenso de Montevideo y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En breve lanzaremos el Diplomado **"Embarazo y maternidad infantil en América Latina y el Caribe"**.

Con la intención de seguir aportando herramientas para la incidencia, hoy ponemos a disposición el dossier "Jugar o parir. Embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe", elaborado por la colega Susana Chiarotti, en base al relevamiento de información de los quince países donde está presente el CLADEM.

Esperamos que este aporte se constituya en una herramienta para la incidencia política, haciendo un llamado internacional a construir alianzas para denunciar la impunidad de la violencia sexual y exigir el reconocimiento del embarazo infantil forzado como forma de tortura para que los Estados prevengan, sancionen y erradiquen esta práctica en la región.

Elba Núñez  
Coordinadora Regional  
CLADEM

\* CLADEM (2016). Niñas madres. Balance Regional Embarazo y maternidad infantil forzados en América Latina y el Caribe, página 7. Disponible en <http://cladem.org/pdf/niñas-madres-balance-regional>

\*\* Ídem nota anterior, página 7.



## ¿Qué es el

En el Balance sobre Niñas Madres publicado por CLADEM en 2016 se demuestra que todos los años decenas de miles de niñas menores de 15 años en nuestra región, se convierten en madres cuando sus cuerpos todavía no terminaron de crecer. Un año después, observamos que las cifras han tenido, en algunos países, una leve reducción. Sin embargo, el problema persiste y debe ser abordado con urgencia, desnaturalizando situaciones que muchas veces pasan desapercibidas o se aceptan como normales.

El embarazo infantil forzado (EIF) se da cuando una niña menor de 15 años queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo.

Desde el año 1998, el embarazo forzado se considera crimen de guerra y/o crimen de lesa humanidad por el Estatuto de Roma (artículos 7 y 8) cuando se comete en el marco de un conflicto armado. Pero las mujeres que atraviesan esa experiencia en tiempos de paz sufren también graves consecuencias, que marcan su vida para siempre. El costo social es incluso más alto en tiempos

# embarazo infantil forzado?

de paz, ya que durante las guerras o conflictos armados, la importancia de las convenciones sociales se altera, mientras que en tiempos de paz el control social es más acentuado y el estigma y aislamiento pueden ser mayores.

Para las niñas, un embarazo forzado puede significar la interrupción de posibilidades futuras y la negación o restricción de muchos derechos. Esta situación es con frecuencia ignorada o minimizada tanto por la sociedad como por los estados.

De acuerdo al CEVI, el embarazo forzado perpetúa en la niña la violencia sexual y la expone a nuevas y reiteradas formas de violencia y vulneración de sus derechos humanos, que socavan de igual modo su integridad personal, su condición de niña y sus posibilidades futuras. El Comité CEDAW y el Comité de los Derechos del Niño, han catalogado el embarazo forzado y los matrimonios infantiles como *prácticas nocivas* que afectan gravemente los derechos de las niñas. Ambos Comités, en su Recomendación General Conjunta 31, señalan que las prácticas nocivas están profundamente arraigadas en las actitudes sociales según las cuales se considera a las mujeres y las niñas inferiores a los hombres y los niños sobre la base de funciones estereotipadas<sup>1</sup>.

El Relator sobre la tortura, en su informe de 2016, analiza el impacto de la violencia sexual en la salud reproductiva de las mujeres y los efectos agravantes de las negativas de atender sus demandas por parte de los servicios de salud, que constituyen tratos crueles, inhumanos y degradantes. Además afirma que: "Las mujeres son vulnerables a la tortura y los malos tratos cuando buscan asistencia médica por su disconformidad real o aparente con las funciones que determina la sociedad para cada sexo".<sup>2</sup>

Las causas más frecuentes del embarazo forzado en América Latina y el Caribe son:

**a- violación sexual incestuosa o por extraños a la familia.** En un estudio se evidencia que la franja de edad de 10 a 14 años es la que sufre la tasa más alta de agresiones sexuales y la edad promedio en la cual las niñas y adolescentes reportaron haber sido víctimas por primera vez, se estima en los 11 años.<sup>3</sup> Una investigación reciente reporta que el 38% de las niñas salvadoreñas de 10 y 12 años de edad que tuvieron un parto en el año 2012 informaron que fueron obligadas a mantener relaciones sexuales. Entre los principales perpetradores de estas violaciones destacan padrastros y primos.<sup>4</sup>

**b- uniones de hecho o matrimonios precoces.** La prevalencia de estas uniones varía según los países. Muchas de estas uniones son forzadas y debido a la diferencia de edad y de poder en la pareja, las niñas están

más expuestas a la violencia. En un estudio hecho en El Salvador se determinó que son sobre todo las mujeres social y económicamente más desfavorecidas, menos escolarizadas y que habitan en regiones rurales las que más probabilidades tienen de experimentar una unión precoz. Además, 5 de cada 10 niñas unidas precozmente reconocieron sufrir violencia dentro de las uniones.<sup>5</sup>

**c-** *relación sexual consensuada* en la que la niña no conocía las consecuencias, o conociéndolas, no pudo prevenirlas. Es el caso de niñas que no han tenido educación sexual, o habiéndola tenido no pudieron acceder a métodos de prevención de los embarazos y de anticoncepción de emergencia.

**d-** *Prácticas y costumbres que facilitan, promueven o naturalizan la falta de responsabilidad de los hombres en la prevención de embarazos no deseados.* Es tan común que la carga de regular la fecundidad recaiga sobre las mujeres, que ya nos parece normal dirigir el reclamo de anticoncepción y prevención hacia nosotras, dejando de lado la presión cultural y social que debería ejercerse sobre los varones para que admitan su responsabilidad en el ejercicio de una sexualidad que cuide de la otra persona, no sólo en relación a los embarazos, sino también de las enfermedades de transmisión sexual.

En todos los casos hay responsabilidad de los Estados; en el primero, por no haber prevenido la violencia sexual contra las niñas; en el segundo, por no haber prevenido y/o impedido las uniones o matrimonios tempranos; en el tercero, por no haber provisto a infantes y adolescentes de las herramientas necesarias para prevenir un embarazo y en el cuarto, por no promover la corresponsabilidad reproductiva, no garantizar la erradicación de estereotipos y roles discriminatorios ni promover un cambio cultural hacia la igualdad.

Cuando el embarazo no se puede interrumpir, se produce la **maternidad infantil forzada** (MIF). Las causales de la MIF son, en general:

- *La falta de servicios de salud adaptados a las necesidades de las niñas,* amigables y confidenciales que utilicen protocolos específicos para atender a ese problema.
- *La negativa de los servicios de salud a interrumpir los embarazos infantiles.* En algunos países se ha extendido la utilización del recurso de la objeción de conciencia para negar acceso a prácticas médicas legales (en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños la relación sexual con niñas se considera violación sexual y el aborto por causal de violación es legal).
- *Concepciones idealizadas de la maternidad,* que hace que muchas niñas, en determinados contextos, crean que la maternidad es un mecanismo de reconocimiento y autonomía.

## ¿Cuáles son las cifras?

### ¿Hay alguna conexión con desigualdad y pobreza?

A nivel mundial, los partos de niñas menores de 15 años ascienden a 1.100.000 por año. En general, las tasas de fecundidad adolescente son más altas en las zonas rurales y entre las niñas más pobres y con menor nivel educativo.<sup>6</sup>

Las desigualdades de género, económicas y étnico-raciales, entre otras, afectan la capacidad de las niñas de ejercer todos sus derechos, incluyendo el derecho a la educación y a la salud, especialmente la salud sexual y reproductiva. Las niñas de las zonas rurales, pobres o de grupos étnicos o religiosos minoritarios se hallan expuestas a un riesgo aún mayor de no asistir a la escuela que las niñas de las zonas urbanas, acomodadas y de grupos étnicos y religiosos mayoritarios.<sup>7</sup>

Las mujeres y niñas de los sectores más pobres tienen menos acceso a anticonceptivos y servicios de salud reproductiva. Como resultado, la tasa de fecundidad de las que residen en el 20% de los hogares más pobres



es casi tres veces superior a la de las adolescentes del 20% de los hogares más ricos. Además, el número de partos entre las adolescentes que residen en zonas rurales duplica el de las que viven en zonas urbanas.<sup>8</sup>

En Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, tuvo como resultado que, en el área rural, las madres adolescentes o embarazadas por primera vez, son el 22,7%, mientras que en el área urbana solo llegan al 9,8%. Además el 48,2% de adolescentes eran indígenas de la Amazonía y el 23,9% pertenecían al quintil inferior de pobreza.

A pesar de las diferencias para el registro de embarazos y partos entre los países, CLADEM recolectó la siguiente información sobre 15 países.

#### Partos de niñas menores de 15 años

Países	Población total (en millones)	Año	Nacimientos de niñas < de 15 años
Argentina	44.916	2015	2.787
Bolivia	10.887	2016	13.332 (*)
Brasil	206.101	2015	26.700
Colombia	49.835	2015	6.045
		2016	5.503
El Salvador	6.401	2015	1.444
Guatemala	17.659	Enero a junio 2017	1.138
Honduras	8.492	2016	778
México	131.110	2015	10.277
Nicaragua	6.347	2015	1.600
Panamá	4.178	2016	506
Paraguay	6.967	2016	887
Perú	32.937	2015	1.432
		2016	1.162
Puerto Rico	3.411	2014	231
República Dominicana	11.005	2016	1.615
Uruguay	3.482	2015	122
		2016	105

Elaboración propia en base a datos oficiales.

Si comparamos estas cifras con las presentadas en el Balance de Embarazo Infantil Forzado de CLADEM de 2016, los números de niñas madres habrían disminuido levemente en al menos 8 países: Argentina, Colombia, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay. Habrá que intensificar los esfuerzos para que en pocos años ya no existan.

(\*) Bolivia no cuenta con datos de nacidos vivos de menores de 15 años, lo cual impide hacer un seguimiento a las maternidades infantiles. La cifra colocada es de embarazos de niñas menores de 15 años atendidos en los 9 departamentos del país durante 2016.

Fotografía: Lorena Espinoza.

## ¿Qué costos genera el embarazo infantil forzado?

Cuando se produce un embarazo infantil forzado, la vida de la niña se transforma. Tanto su cuerpo como su psiquis enfrentan un cambio y un conflicto que se extiende a las relaciones familiares y sociales. Las salidas a este conflicto son diferentes según la clase social de la niña, su origen étnico racial, la religión y la familia. De todos modos, aún con las variantes que provengan de su origen y contexto, sus derechos humanos se verán afectados de manera integral, incluyendo su educación, salud, el desarrollo de su sexualidad y su autonomía física.



Además de los costos personales, los embarazos infantiles tienen consecuencias negativas también para los Estados y la sociedad en general. El costo de oportunidad a lo largo de la vida asociado al embarazo en la adolescencia –que se mide calculando la pérdida de ingresos anuales a lo largo de la vida de la madre– va del 1% del producto interno bruto (PIB) anual de China al 30% del PIB anual de Uganda.<sup>9</sup>

Un estudio específico sobre los costos económicos del embarazo en

niñas y adolescentes demostró que éstos recaen no sólo sobre las niñas y sus familias, sino también sobre los Estados. El embarazo infantil provoca impactos sobre la economía en su conjunto y sobre la competitividad del país en la medida que involucran mayores gastos asistenciales desde el Estado y una pérdida de captación fiscal de impuestos y contribuciones. Tanto los *costos directos* - que incluyen el abandono del proyecto educativo de la adolescente como consecuencia del embarazo, la asistencia médica de la gestación, el parto, el puerperio y la atención al recién nacido, incluyendo las complicaciones de los eventos obstétricos y la gestación así como las consecuencias de los abortos incompletos - como los *costos de omisión*, es decir, los ingresos perdidos en términos de recaudación fiscal por el Estado como resultado de la deserción educativa de las madres adolescentes, afectan la economía de la sociedad y el Estado.<sup>10</sup>

### **Costos físicos:**

Las niñas de 14 años o menos sufren más complicaciones durante el embarazo y el parto, que a esta edad son de alto riesgo. Como en muchos casos aún no está formado el piso pélvico, los partos son peligrosos. Hay mayores riesgos de sufrir preclampsia, eclampsia, ruptura de membranas, parto prematuro y diabetes gestacional. Estas niñas tienen 4 veces más probabilidades de morir a causa del embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años y 5 veces más posibilidades de tener fístula obstétrica. Además, cuando se trata de un embarazo no deseado, las

investigaciones muestran que existe un riesgo social mayor para el binomio madre-hijo/a, asociándosele con el aborto en condiciones de riesgo, el escaso cuidado de la salud durante el embarazo, complicaciones perinatales, una probabilidad más alta de cáncer cervical y algunos problemas en el desarrollo de los niños/as.<sup>11</sup>

### **Costos psicológicos:**

Varios estudios demostraron que además de los riesgos físicos, el embarazo infantil tiene consecuencias adversas en la salud mental.<sup>12</sup> Dado que en muchos casos el embarazo se genera por violencia sexual, debemos considerar las consecuencias del abuso, de las posibles amenazas recibidas para no denunciarlo y del impacto de vivir un embarazo no deseado en la salud mental de la niña. Se han registrado síntomas de depresión, ansiedad y, en particular para las que habían sido atacadas sexualmente, de estrés post-traumático. Asimismo, un porcentaje de estas niñas han pensado en el suicidio durante el embarazo.

El Comité de los Derechos del Niño y la Niña alertó sobre el mayor riesgo que tienen las niñas embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado.<sup>13</sup> Los daños emocionales aumentan cuando el abuso sexual de la niña fue incestuoso. A la violencia sufrida se deberá agregar entonces el impacto de la crisis que se produce al interior de la familia, donde muchas veces las reacciones dependen del rol que el abusador tiene en la misma.

No siempre la víctima es escuchada y contenida por quienes tienen el deber de protegerla.

### **Costos económicos y en desarrollo personal:**

Cerca de la mitad de las niñas que viven embarazos forzados abandonan la escuela. En caso de retomar, lo hacen en su mayoría en espacios de menor nivel. También se dan embarazos forzados en niñas que previamente desertaron de la escuela, ya sea para ocuparse de tareas de cuidado, o cubrir necesidades económicas de la familia o por ingresar a una unión precoz. El bajo nivel educativo dificulta su inserción posterior al mercado de trabajo y contribuye a que la niña se estanque en los “pisos pegajosos”, que impiden ascender a empleos de calidad.<sup>14</sup>

Una gran proporción de estas niñas tendrá trabajos informales, sin seguridad social y con bajos ingresos. Las que ingresen a trabajos en relación de dependencia, probablemente lo hagan con sueldos más bajos que el de otras jóvenes solteras o sin hijos. Las perspectivas son las de una vida con escaso disfrute de muchos derechos y la generación de un círculo de pobreza que depara para estas niñas y sus hijos una existencia con menores oportunidades y potencialidades no desarrolladas, lo que afecta tanto a la niña como a su familia y a la comunidad.

Debido a la alta prevalencia de violencia sexual entre las causas de los embarazos y maternidades infantiles, la mayoría de las niñas madres no conviven con sus parejas y reciben

apoyo principalmente de sus madres y abuelas. El padre biológico en estos casos no asume su responsabilidad en la crianza, dejando toda la carga del cuidado de la criatura a la niña y su entorno.

Muchas de estas niñas continúan viviendo con sus familias, con lo cual es frecuente que sigan conviviendo con la persona que las violentó.

El hecho de no haber podido acceder a educación secundaria o terciaria; los empleos con salarios pobres y sin seguridad social, el peso de las cargas de cuidado de la maternidad infantil, influyen a su vez en la esfera social, afectando las posibilidades de participación política, acceso a la justicia, a los medios de comunicación y a participar de la toma de decisiones tanto dentro de la familia como en la comunidad.

En el Balance sobre niñas madres realizado por CLADEM<sup>15</sup> se pueden observar los números de nacidos vivos de niñas de 14 años o menores. No es casualidad que los países con mayores cifras sean los que aparecen con niveles más altos de desigualdad de género, según el Índice de SIGI (Instituciones Sociales y de Género publicado por la OCDE). Lamentablemente, esa brecha entre los géneros no sólo no ha disminuido sino que de los 142 países que abarcó el índice en 2016, en 68 se registraron brechas entre los géneros superiores a las del año anterior.<sup>16</sup>

Esto debe situarse, a su vez, en el contexto de una región que tiene los índices más altos de desigualdad

en todos los aspectos. Estas brutales desigualdades son la causa principal de la violencia social que tiene repercusiones importantes en la vida de las mujeres y las niñas, ya sea que se ejerza de manera individual o colectiva, a través de pandillas, maras o bandas. Estas organizaciones no nacen como fruto de la maldad de sus integrantes, algunos de los cuales a veces no alcanzan los 10 años de edad, sino de las desigualdades económicas, étnico-raciales, educativas y sociales obscenas que prevalecen en la región.



Fotografía: Lorena Espinoza.



Fotografía: Lorena Espinoza

## ¿Cuál es la respuesta estatal?

Debido a su complejidad, la prevención del embarazo infantil requiere múltiples políticas, programas y acciones por parte del Estado, que deberían ser coordinadas entre distintos ministerios. Entre todos esos programas, uno clave es el de Educación Sexual Integral.

Actualmente ya se cuenta con datos concretos que indican que los programas de educación sexual tienen, - cuando se implementan adecuadamente y de manera integral,- un efecto positivo en el empoderamiento de niñas y niños, que pueden oponerse con mayores recursos a los abusos y las relaciones sexuales no deseadas. Además contribuye a la prevención

de la discriminación y a la adquisición de capacidades para el ejercicio de una sexualidad sana, saludable, responsable y protegida contra enfermedades de transmisión sexual. Asimismo se comprobó que retrasan el inicio de la actividad sexual entre las y los adolescentes y mejoran el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos/as reduciendo de este modo la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Sin embargo, la implementación de estos programas se ve dificultada en la mayoría de los países de la región, debido, principalmente, a presiones de sectores conservadores. La inves-



tigación realizada por CLADEM en 15 países, arroja los siguientes resultados:

**Argentina** cuenta desde el 2006 con la Ley 26.150 que establece la obligatoriedad del tratamiento de la educación sexual integral en todas las escuelas del país, ya sean de gestión estatal o privada, y la creación de un Programa de Educación Sexual Integral como instancia de implementación de estrategias y actividades. En cuanto a la implementación, esta es insuficiente, aunque algunas provincias y en algunos momentos se tuvo mejor alcance. Con el cambio de gobierno en diciembre de 2015 el panorama de la Educación Sexual Integral se presenta regresivo. Por Decreto de Necesidad de Urgencia se cambió la estructura del Ministerio de Educación y los programas, incluido ESI, perdieron protagonismo.

Se despidió a muchos empleados, ya no se imprimen más materiales, ni se llevan a cabo formaciones docentes ni monitoreos por parte del Ministerio de Educación Nacional a las provincias. Ha habido una entrega de responsabilidad de Nación a las provincias, sin recursos, seguimiento, ni estrategia. Además, hay mayor nivel de sub-ejecución presupuestaria del programa. En la actualidad se discute el presupuesto nacional para 2018 y no hay expectativa de incremento de asignaciones, por el contrario, reducciones sustantivas.

En **Bolivia** no hay programa integral de educación sexual. Aunque en la curricula base de educación formal actual se incorpora, en el Componente "Cosmovisión e Identidad", el acápite de salud y algunos/as docentes abordan parcialmente el tema de salud sexual y reproductiva, éste no es un mandato institucional del Ministerio de Educación Plurinacional. Pese a que este Ministerio trabajó durante algunos años el Plan Plurinacional de Sexualidad Integral para el sistema plurinacional de educación, éste nunca fue promulgado ni aplicado a las distintas currículas educativas.

**Brasil** incluyó la educación sexual en el currículo nacional del Ministerio de Educación desde 1996, para las escuelas primarias y secundarias. No era obligatoria, sino sólo sugerida. Además estaba descentralizada, por lo que variaba según los Estados. A pesar de ello, cerca de 45% de las escuelas llegaron a contar con programas de ESI. Sin embargo, en el 2015 se inició una campaña en todos los Estados, coordinada por partidos

conservadores y políticos evangélicos, para retirar la palabra género en los Planes Estatales y Municipales de Educación, borrando temas como la educación sexual, la orientación sexual y otros de los planes de educación. Actualmente, las legislaturas estatales están eliminando las normas sobre Educación Sexual en casi todo el país.

**Colombia** cuenta con varias normas y programas que se refieren a la educación sexual, como la Resolución 3353 de 1993 del Ministerio de Educación (Obligatoriedad de la Educación Sexual en todas las Instituciones educativas del país) que establece que la misma se impartirá en todos los establecimientos educativos del país a nivel de preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional. A pesar de estos mandatos normativos, aparecen obstáculos en las escuelas para desarrollar los Proyectos Pedagógicos de Educación para la Sexualidad, en su mayoría relacionados con carencia de material educativo, la falta de formación de los docentes y un enfoque reducido a la planificación familiar.

En **El Salvador** el Ministerio de Educación cuenta con documentos para el alineamiento del currículo oficial en EIS con los criterios del Consenso de Montevideo y los estándares internacionales sobre la materia. Sin embargo, estos no se aplican. La capacitación del personal docente y de las personas adolescentes y la sensibilización de los padres y madres de familia, no ha avanzado al ritmo requerido. Los docentes capacitados

representan solamente un 6% del total. No se ha asignado presupuesto por parte del gobierno para implementar la EIS, sólo se han realizado acciones puntuales financiadas con fondos de la cooperación internacional, lo cual compromete su sostenibilidad.

En **Guatemala** en los años 2008-2011 se implementó la estrategia Prevenir con educación, dando cumplimiento a la Declaración Ministerial para la incorporación de la Educación Integral en Sexualidad-EIS en el sistema educativo. Según el monitoreo de las organizaciones sociales, en 2011 se tuvo un avance del 55% de la implementación de la estrategia, sin embargo del 2012 al 2017 no se registran avances, ni asignaciones presupuestarias, pero si una gran oposición a las libertades de las mujeres.

**Honduras** cuenta con una matrícula de 1.973.241 estudiantes, distribuidos en 25.983 centros educativos. Actualmente, sólo en el 4,06% de los centros educativos se implementan las guías de educación en sexualidad denominada, Guías "Cuidando Mi Salud y Mi Vida". Del 2011 al 2016 se registran 22.750 docentes a nivel nacional certificados en el curso de Educación Integral para implementación de las guías en el aula de clases, pero la Secretaría de Educación no cuenta con un indicador de calidad que permita evaluar en qué medida se implementa.

En **México**, de acuerdo con estimaciones realizadas por la Secretaría de Educación Pública, el 71,1% de las

estudiantes mujeres (matriculadas en edad ideal) de 4°, 5° y 6° grados, recibieron educación integral de la sexualidad en el periodo 2015-2016. El porcentaje de estudiantes matriculados varones que reciben Educación Integral en Sexualidad (2015-2016) es del 69,2%.<sup>17</sup>

**Nicaragua** cuenta con una currícula escolar donde han integrado la educación sexual desde un concepto biologicista. Además, el currículo nacional básico del 2009 sólo le dedica dos párrafos a la educación de la sexualidad, en específico en el capítulo de los ejes transversales. Este documento es el más reciente sobre el abordaje del tema en los colegios y plantea que “la educación de la sexualidad es parte indispensable de la educación de calidad, la que debe ser integral y necesaria para el desarrollo armónico de las personas” y que “la educación de la sexualidad empieza a estudiarse en Nicaragua a partir de tercer grado, cuando los estudiantes tienen entre 8 y 9 años”. Según especialistas, en primaria solo hay una unidad, donde se abordan únicamente temas anatómicos referidos a los cambios experimentados en la adolescencia. En secundaria, el currículo está orientado al abordaje de las enfermedades de transmisión sexual y la paternidad responsable.

**Panamá** no cuenta con una ley de educación sexual y si bien hay iniciativas de programas de inclusión en la currícula de este tema en la educación pública siempre hubo resistencias.

**Paraguay** está experimentando un fuerte retroceso en materia de educación sexual, debido a la presión de sectores conservadores sobre el Ministerio de Educación y Ciencias, que mediante Resolución N° 29.664 del 5 de octubre de 2017 “prohíbe la utilización de materiales tanto impresos como digitales referentes a la teoría y/o ideología de género en las instituciones educativas dependientes del Ministerio de Educación y Ciencias”. La prohibición implicó el retiro inmediato de más de 90.000 ejemplares de materiales dirigidos a la educación escolar básica: 7mo, 8vo y 9no grados que habían sido publicados desde el año 1995 en el marco del Programa PRIOME y se contradice con la aprobación, en mayo del año 2017 del Programa Ñaneñe’eke de prevención educativa de la no violencia sexual y el embarazo en la adolescencia para los distintos niveles/modalidades del sistema educativo nacional, donde se reconocía que garantizar la educación sexual integral es una obligación constitucional.

En **Perú**, la educación sexual integral, desde un enfoque de género y derechos humanos, es parte de las políticas públicas desde hace unas décadas. Actualmente rigen los “Lineamientos Educativos y Orientación Pedagógica para la Educación Sexual Integral” (2008), que brindan pautas para que los/las docentes desarrollen adecuadamente las acciones pedagógicas. Incluyen el enfoque de género y sobre educación sexual integral presente en el Currículo Nacional de Educación Básica. Lamentablemente, sólo el 23% de docentes refirió haber sido capacitado por el

Estado en los últimos tres años, a lo que se suma que el 77% refirió que la principal dificultad que tienen para impartir educación sexual es la falta de recursos y materiales didácticos, y el 55% señaló la falta de formación o conocimiento suficiente. Según un estudio elaborado por la Universidad Cayetano Heredia en 2016, el 42% de los colegios ubicados en Lima, Ayacucho y Ucayali enseñan educación sexual sin hacer referencia al Currículo Nacional al igual que el 27% de docentes que aceptaron impartir Educación Sexual. Esto posibilita el uso de enfoques no apropiados o la difusión de estereotipos e ideas prejuiciosas sobre la sexualidad.

**Puerto Rico** cuenta con leyes y políticas públicas que aseguran la educación sexual. Cuenta con un Modelo de Educación para la Salud Sexual Integral que propone “una visión integral, afirmativa y de respeto de la sexualidad, que evite culpabilizarla, trivializarla o ridiculizarla.” Lamentablemente, en la actualidad esto no se cumple a cabalidad en lo relacionado a la relación entre educación sexual y equidad de género y en los últimos años el énfasis ha sido en la educación sobre abstención sexual. En la actualidad las cartas circulares del Departamento de Educación para la educación con perspectiva de género, así como las garantías a estudiantes transexuales han sido derogadas.

En **República Dominicana** el Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) ha sido ejecutado desde 1996 por el Ministerio de Educación. No es un programa de educación sexual

integral y según evaluación realizada por UNFPA en 2012, solo 9 de cada 100 escuelas implementó en ese año escolar el PAES, que llegaba sólo al 7% de la población estudiantil. No ha habido una revisión de este programa por lo que actualmente el país sigue sin tener acceso a educación sexual integral y no hay cifras de la implementación del PEAS más recientes.

**Uruguay** actualizó en julio de 2017, a través del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP), una Guía para tratar la educación sexual en sus centros educativos, en la que recomienda cómo enseñar esos temas desde la teoría y la práctica. La guía tiene como marco la Ley 18.437 y propone a la escuela como el ámbito privilegiado para derribar los estereotipos y creencias sobre la sexualidad, el cuerpo y la reproducción, con información oportuna y científicamente validada. Sin embargo, algunos de los conceptos y actividades propuestas generaron polémica y la reacción de sectores conservadores fue muy fuerte, especialmente de la iglesia católica. Organizaciones que se autodenominaron “Con mis hijos no te metas”, marcharon bajo esa consigna, repudiando la guía.

Resumiendo, podemos ver que en la mayoría de los países existe algún programa para impartir educación sexual. Si embargo, en todos ellos, en mayor o menor grado la implementación es deficiente y/o parcial: abarca a sólo un porcentaje de estudiantes, no cuenta con un seguimiento efectivo del estado, no hay suficientes materiales ni capacitación docente.

# Propuestas y demandas y llamado de acción mundial

Desde hace dos años CLADEM está impulsando una campaña para visibilizar los embarazos infantiles forzados, denunciarlos y buscar propuestas para su disminución y erradicación. En este lapso se han incrementado las investigaciones sobre el tema, especialmente en los organismos intergubernamentales. Así, en la OEA, el MESECVI publicó en 2017 su estudio sobre *Informe Hemisférico sobre Violencia Sexual y Embarazo Infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará*.

Fotografía: Lorena Espinoza.



En Naciones Unidas, el UNFPA publicó varios informes con datos y análisis de embarazos y maternidades infantiles de menores de 15 años.

Este tema fue debatido en espacios como, por ejemplo, la Comisión del Estatus de la Mujer, en la sesión 2017, en articulación con el gobierno de Uruguay; la reunión del CEVI en Lima en 2016 donde se decidió elaborar el informe citado más arriba. El tema fue motivo de una audiencia solicitada por parte de organizaciones de la sociedad civil de varios países ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Las organizaciones sociales están incluyendo además de

manera creciente esta preocupación en sus programas. En varios países se ha discutido el tema y se han intensificado algunas medidas

Sin embargo, esto aún es insuficiente. El problema es mundial y nos sirve de espejo para observar la situación de miles de niñas cuyos caminos han sido cubiertos de obstáculos.

Es imprescindible organizar alianzas para promover un alerta mayor sobre este tema y generar políticas de prevención que involucren a todas las áreas de gobierno. Deben adecuarse tanto los marcos jurídicos, como las respuestas de la justicia, del sector salud, educación y desarrollo.

**CLADEM hace un llamamiento trabajar en conjunto para erradicar este problema**

**CONSTRUYAMOS ALIANZAS.** Debemos unir fuerzas, conocimientos y recursos para conocerlo a fondo, abordar las causas y encontrar soluciones que permitan a las niñas de la región una infancia feliz.

**INCLUYAMOS EL PROBLEMA DEL EMBARAZO INFANTIL** de manera específica en el seguimiento del CONSENSO DE MONTEVIDEO

**EXIJAMOS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES** para enfrentar este problema, que impliquen el involucramiento de todos los sectores de gobierno.

**DENUNCIEMOS** los altos índices de impunidad de la violencia sexual, que ronda el 98 % en casi todos los países.

## Referencias

1 OEA-MESECVI - Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará - Octubre 2016. <http://oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-EmbarazoInfantil-ES.pdf>

2 Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57,,5 de enero 2016. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10361.pdf>

3 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud (MINSAL); Instituto Nacional de Salud (INS); Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU); Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA); Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE), Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador 2015. Informe Final. San Salvador, El Salvador, noviembre de 2016.

4 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El costo económico de embarazo en niñas y adolescente, El Salvador 2017.

5 Op.cit. en nota iii

6 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017.

7 Op.cit. en nota vi

8 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017.

9 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017. Asimismo, ver Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El Costo Social del embarazo y uniones tempranas en niñas y adolescentes. El Salvador 2017. Primera edición El Salvador, julio de 2017.

10 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El costo económico de embarazo en niñas y adolescente, El Salvador 2017.

11 Op.cit. en nota iii

12 Entre otros: Patel, Payal H., and Bisakha Sen (2012). Teen motherhood and long-term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, No. 5, pp. 1063-1071; Hodgkinson, Stacy, and others (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*, vol. 133, No. 1, pp. 114-122, doi:10.1542/peds.2013-0927.

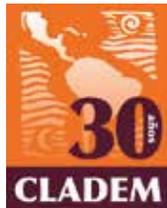
13 Comité de los Derechos del Niño. Comentario General No. 4: Salud adolescente y desarrollo. U.N. Doc. CRC/GC/ 2003/4, 27 (Julio 2003).

14 A diferencia de los "techos de cristal" que frenan el ascenso, los "pisos pegajosos" están en el extremo opuesto. Lo padecen aquellas mujeres con maternidades tempranas, un nivel de educación formal bajo, provenientes de hogares de bajos ingresos, a las que les cuesta luego encontrar lugares de trabajo bien remunerados o ascender en el empleo.

15 CLADEM, Embarazo y Maternidad Infantil Forzados en América Latina y el Caribe, Asunción, febrero 2016.

16 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017. Los países de la región, con diferencias de género máximas son, de mayor a menor: Nicaragua, Haití, Jamaica, Guatemala, Honduras, Colombia y Perú. Con diferencias de género medianas: Paraguay, Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Brasil, Ecuador, Venezuela, Panamá y República Dominicana y con diferencias de género bajas: Cuba y Argentina.

17 Estimaciones de la SEP con base en Estadísticas y formatos DGPPyEE, SEP y Proyecciones de Población a mitad de año CONAPO 1990-2030. Versión abril 2013.



SIGRID RAUSING TRUST

