

EL EMBARAZO FORZADO DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA FRONTERA RORAIMA-VENEZUELA: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN^{1,2}

Bruna Soares de Aguiar³
Tamar Finzi Warszawski⁴

Este artículo busca llamar la atención sobre la situación de embarazo forzado de niñas y adolescentes en la frontera entre Brasil y Venezuela, especialmente en el estado de Roraima. Con base en una recolección de datos de instituciones gubernamentales, revisión documental y entrevistas semiestructuradas con especialistas locales, se elaboró un diagnóstico inicial que refleja las principales causas del embarazo forzado de niñas venezolanas en el estado: i) precariedad en la estructura de salud; ii) fortalecimiento de una cultura de sexualización temprana de niñas y adolescentes; y iii) influencia de paradigmas religiosos en la política estatal. Con estas observaciones, se formularon recomendaciones en las áreas de protección del derecho al aborto, de acuerdo con la legislación brasileña, así como educación y difusión de información para la población migrante.

Palabras clave: embarazo forzado; niñas y adolescentes; salud sexual; frontera Brasil-Venezuela; derechos reproductivos.

A GRAVIDEZ FORÇADA DE MENINAS E ADOLESCENTES NA FRONTEIRA RORAIMA-VENEZUELA: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

Este artigo busca chamar a atenção para a situação de gravidez forçada de meninas e adolescentes na fronteira entre Brasil e Venezuela, especialmente no estado de Roraima. Com base em uma coleta de dados junto a instituições governamentais, revisão documental e entrevistas semiestructuradas com especialistas locais, foi elaborado um diagnóstico inicial que reflète as principais causas da gravidez forçada de crianças venezuelanas no estado: i) precariedade na estrutura de saúde; ii) fortalecimento de uma cultura de sexualização precoce de meninas e adolescentes; e iii) influência de paradigmas religiosos na política estadual. Com essas observações, foram formuladas recomendações nas áreas de proteção ao direito ao aborto, de acordo com a legislação brasileira, além de educação e disseminação de informações junto à população migrante.

Palavras-chave: gravidez forçada; meninas e adolescentes; saúde sexual; fronteira Brasil-Venezuela; direitos reprodutivos.

1. Este artículo fue parcialmente financiado por la beca de investigación de posdoctorado nota 10 de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

2. Nos gustaría agradecer al profesor doctor João Carlos Jarochinski por sus contribuciones y apoyo en la realización de entrevistas en este y otros trabajos investigativos ya realizados en Roraima.

3. Polítóloga por la Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio); máster en sociología por el Instituto de Estudos Sociais e Políticos de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IESP/UERJ); doctorado en ciencia política por la IESP/UERJ; investigadora de posdoctorado en el Instituto de Relaciones Internacionales de la Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) con beca de investigación Faperj nota 10; coordinadora de proyectos del Observatorio de Política Exterior Feminista Inclusiva (Opefi); y consultora independiente en las áreas de género, migración y cooperación internacional para el desarrollo. Orcid: 0000-0001-5848-988X. *E-mail:* brusoaresaguiar@gmail.com.

4. Socióloga por la Universidad de Buenos Aires; magíster en administración y políticas públicas por la Universidad Autónoma de Barcelona; investigadora adjunta sobre temas de género y salud en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes); y consultora independiente en evaluaciones de políticas públicas con perspectiva de género e integrante del Observatorio de Género en la Justicia de la Ciudad de Buenos Aires. Orcid: 0009-0000-2988-0361. *E-mail:* tamarfinzi@gmail.com.

THE FORCED PREGNANCY OF GIRLS AND ADOLESCENTS ON THE RORAIMA-VENEZUELA BORDER: A FIRST APPROACH

This article aims to draw attention to the situation of forced pregnancies among girls and adolescents at the border between Brazil and Venezuela, particularly in the state of Roraima. Based on data collection from government institutions, document review, and semi-structured interviews with local experts, an initial diagnosis was developed reflecting the main causes of forced pregnancies among Venezuelan children in the state: i) inadequacies in health infrastructure; ii) the strengthening of a culture of early sexualization of girls and adolescents; and iii) the influence of religious paradigms on state politics. From these observations, recommendations were formulated in the areas of protection of the right to abortion, in accordance with Brazilian legislation, as well as education and information dissemination for the migrants.

Keywords: forced pregnancy; girls and adolescents; sexual health; Brazil-Venezuela border; reproductive rights.

JEL: Z18.

DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/rtm35art15>

Data de envio do artigo: 30/9/2024. Data de aceite: 29/10/2024.

1 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE INVESTIGAR EL EMBARAZO FORZADO EN LAS FRONTERAS LATINOAMERICANAS?

En el contexto de las migraciones son diversos los procesos de violación y vulnerabilización de los derechos humanos, particularmente cuándo las personas realizan una migración forzada e indocumentada. A lo largo de los años, las legislaciones internacionales y domésticas de los países han sido ampliadas para reconocer los derechos de poblaciones específicas y las más variadas razones para la migración – principalmente la forzada (Aguiar, 2018). A pesar de estos cambios haber contribuido para una interpretación normativa más amplia en términos de los impactos y riesgos diferenciales en el ciclo migratorio, aun así, se han reforzado comprensiones xenófobas y restrictivas a respecto del derecho humano de migrar. La pandemia de la Covid-19 ha servido, particularmente, no solo para reforzar la securitización de la agenda migratoria, como, principalmente, para criminalizar la población migrante en regiones de frontera (Stefoni, Cabieses y Blukacz, 2021; Freyer, 2024).

Desde la vulnerabilidad social y económica, es evidente que las mujeres, niñas y adolescentes sufren impactos distintos en los riesgos y atrocidades que las llevan a salir de sus países de origen, en los procesos de cruzamiento de fronteras y, también, en las comunidades de acogida (Boyd y Grieco, 2003; Assis, 2007; Assis y Kosminsk, 2007; Escudero, 2016; Aguilar, 2018). Actualmente, en acuerdo con datos de diciembre de 2023 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “(...) hay 73.5 millones de migrantes internacionales y 22.1 millones de personas desplazadas forzosamente [en las Américas], con necesidades de

protección internacional, o en necesidad de asistencia humanitaria. De ellas, se estima que el 46% – casi 10 millones – son mujeres, adolescentes y niñas”.⁵

Esta realidad promueve la necesidad de una mirada atenta a los riesgos sufridos por esas poblaciones. Considerando específicamente niñas, niños y adolescentes en movilidad, la Organización de los Estados Americanos (OEA), informa que son protegidos por la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares y por los marcos legales nacionales. Aún de acuerdo con la OEA, al momento que un niño, niña o adolescente migrante o refugiado/a llega a un país, se efectúa el sistema de protección del sistema migratorio. Lo que significa que, en acuerdo con las legislaciones de cada Estado, se actúa a partir de la normativa que protege esa población, y llevan adelante acciones para proveer las necesidades básicas.

Los Estados aseguran aplicar garantías de debido proceso en procesos migratorios que involucran niños, niñas y adolescentes, tanto a nivel administrativo como judicial. Entre los derechos que otorgan, algunos más y otros menos, se encuentran: el derecho a ser escuchado; el derecho a la información; la agilidad de los procesos; la especialización de los/as funcionarios/as responsables; el acceso a patrocinio jurídico; el nombramiento de un/a tutor/a en caso de niños, niñas y adolescentes no acompañados/as y separados/as; el derecho a recurrir las decisiones. (OEA, 2020, p. 23).

En acuerdo con la Guía Operativa para la Cooperación Transnacional en la Protección Especializada de la Niñez en Procesos de Movilidad Humana, del Proceso de Quito⁶ (2018), son seis las responsabilidades de los países origen, tránsito y destino en cada etapa de atención: i) acreditación de identidad y nacionalidad; ii) búsqueda de la familia; iii) determinación del Interés Superior del Niño; iv) mecanismos de traslado para la reunificación familiar; v) seguimiento y restitución de derechos; y vi) acciones transversales necesarias: intercambio de información entre países. En ese mismo documento, aunque la atención a la salud

5. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/creciente-numero-de-mujeres-adolescentes-y-ninas-refugiadas-y-migrantes-en>. Acceso en: 15 sept. 2024.

6. “El Proceso de Quito” es el nombre dado a las reuniones y compromisos establecidos entre los países latinoamericanos para coordinar la respuesta a la crisis migratoria venezolana. La primera reunión se llevó a cabo en Quito, Ecuador, los días 3 y 4 de septiembre de 2018, para “intercambiar información y buenas prácticas, con vistas a articular la coordinación regional en relación con la crisis migratoria de los ciudadanos venezolanos en la región”. Durante el encuentro, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay firmaron la “Declaración de Quito sobre la Movilidad Humana de los Ciudadanos Venezolanos en la Región”, un manifiesto de 18 puntos que no tiene carácter obligatorio para las naciones, pero que insta a los países, entre otras medidas, a fortalecer las políticas de acogida de los inmigrantes venezolanos; coordinar esfuerzos a través de organismos internacionales; luchar y combatir la discriminación, intolerancia y xenofobia; fortalecer la legislación para promover y respetar los derechos de los migrantes; fortalecer el papel de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y del Mercado Común del Sur (Mercosur) en el abordaje integral y coordinado del flujo de las naciones venezolanas; también se hizo un llamado al Gobierno venezolano, que no asistió a la reunión, para que aceptara la cooperación de los gobiernos de la región.” (Proceso de Quito, s/a). Disponible en: <https://www.procesodequito.org/pr/o-que-fazemos>. Acceso en: 27 sep. 2024.

sea subrayada como prioritaria, no existe ninguna referencia al acceso al aborto y/o propuestas de acciones de prevención a embarazos forzados, violencia o acoso sexuales. Lo que significa que, aunque exista la preocupación con los riesgos de la niñez en el contexto migratorio, el tema de la salud sexual y (no) reproductiva no es trabajado en estas propuestas de actuación por tratarse de un grupo que, en acuerdo con un pensamiento más tradicional a respecto de la gestión de la migración, no está vinculado a esos tipos de derechos.

En una primera revisión bibliográfica y de recolección de datos producidos por los gobiernos latinoamericanos fue posible identificar el bajo nivel de debate a respecto de la situación del embarazo forzado a la cuál las niñas y adolescentes migrantes son constantemente sometidas en el cruzamiento de las fronteras de la región (Romero *et al.*, 2010; OPS, 2024). En esta investigación, se considera el embarazo forzado la situación en la cual niñas y adolescentes son obligadas a seguir con el embarazo debido a la imposibilidad de realización del aborto seguro – que nos es garantizado ni por sus países de origen, ni los países de cruce de frontera y mucho menos por los de acogida. Además, estos embarazos son resultado de violaciones sexuales por parte de diferentes actores, desde las fuerzas militares de control de frontera, gestores de albergues, familiares y compañeros de tránsito.

CUADRO 1 Términos claves en la agenda

- Aborto seguro: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto seguro como aquel que se realiza en condiciones adecuadas, donde se cumple con las normas médicas mínimas y es llevado a cabo por personal capacitado. Este tipo de aborto es fundamental para la salud de las mujeres y niñas, ya que reduce significativamente los riesgos asociados a procedimientos inseguros, que pueden llevar a complicaciones graves o incluso a la muerte (OMS, 2022).
- Embarazo forzado: a partir de la definición de Corte Penal Internacional (1998) de que un embarazo forzado es resultado del "(...) confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o cometer otras violaciones graves del derecho internacional", se amplía el concepto para determinar que es toda y cualquier situación de embarazo resultado de violación sexual, y/o de limitación en el ejercicio del derecho al aborto.
- Embarazo infantil forzado: en acuerdo con el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem), el embarazo infantil forzado se "produce cuando una niña (menor de 14 años) queda embarazada sin haberlo buscado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo" (Cladem 17).
- Embarazo transnacional forzado: este concepto se define en ese estudio para identificar las condiciones de embarazo forzado en el ciclo migratorio. Por eso se considera las siguientes condiciones: i) embarazo forzado en el país de origen, cuando el Estado originario no asegura ni la vida libre de violación, ni el acceso al aborto – esas mujeres también no logran el cumplimiento de la legislación de aborto en los países de acogida; ii) el embarazo en el proceso de transposición de fronteras, resultado de violaciones sexuales en el proceso migratorio; y iii) el embarazo forzado en los países de acogida, en espacios de albergues u otras institucionalidades de los Estados.

Elaboración de las autoras.

A esa realidad se suma el agravante de que la situación del acceso al aborto seguro en América Latina y Caribe es desigual, en el sentido que se encuentra países con leyes amplias y permisivas que fomentan las autonomías de los

cuerpos, en cuanto qué hay países que criminalizan cualquier posibilidad de acceso al procedimiento, incluso muchas veces sin cumplir las causales que lo permitirían legalmente.

CUADRO 2
Síntesis de las legislaciones de aborto en América Latina y Caribe

| País | Particularidad de las legislaciones |
|-------------|--|
| Argentina | Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que establece el aborto seguro y gratuito en el país hasta la 14ª semana de gestación. |
| Belice | El Código Penal de Belice (1980) penaliza el aborto con pena de cadena perpetua. La interrupción del embarazo sólo está permitida si es realizada por un médico registrado para proteger la vida de la mujer, su salud física o mental, o la de sus hijos, o si existe riesgo de discapacidad grave para el feto. |
| Bolivia | En septiembre de 2017, Bolivia aprobó el artículo 153 de un nuevo Código Penal, que despenaliza el aborto realizado antes de la octava semana de gestación por estudiantes o quienes sean cuidadoras de niños, ancianos o personas con discapacidad. La legislación tampoco prevé castigo en el caso de aborto practicado por adolescentes en cualquier etapa de la gestación. Antes de la aprobación del artículo, Bolivia ya permitía el aborto legal en casos de violación o riesgo de muerte. |
| Brasil | En Brasil, los artículos 124 a 128 del Código Penal de 1940 disponen sobre el aborto en el país. La ley penaliza la interrupción voluntaria de la vida intrauterina, previendo una pena que puede variar de 1 a 3 años de prisión. El aborto solo está permitido en tres casos: embarazo resultante de violación, riesgo para la vida de la mujer y anencefalia del feto. Para realizar la interrupción del embarazo en caso de violación, la ley no exige nada más que la autorización de la gestante o su responsable. |
| Chile | El aborto es legal en Chile desde 2017, cuando fue despenalizado y se permitió la interrupción voluntaria del embarazo en tres situaciones: riesgo para la madre, inviabilidad fetal y violación. Sin embargo, el debate sobre la ampliación de la ley para permitir el aborto en todos los casos sigue abierto, y la sociedad chilena está dividida sobre el tema. En 2022, una propuesta de reforma constitucional para garantizar el aborto gratuito fue ampliamente rechazada por los ciudadanos. |
| Colombia | En febrero de 2022, Colombia despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación. Antes de eso, el Código Penal colombiano consideraba la interrupción legal del embarazo en tres casos: violación o incesto, malformación fetal que hiciera inviable su vida, o en caso de riesgo de muerte para la mujer. |
| Costa Rica | El Código Penal de Costa Rica penaliza el aborto con una pena de hasta 3 años de prisión. La interrupción voluntaria del embarazo sólo está permitida en caso de riesgo para la vida de la mujer. |
| Cuba | En Cuba, el aborto está despenalizado desde 1965. El Código Penal del país sólo prevé castigo para la interrupción del embarazo en tres casos: cuando hay intención de lucro, cuando se realiza fuera de instituciones hospitalarias, o cuando se realiza sin el consentimiento de la mujer. |
| Ecuador | A principios de 2022, la Asamblea Nacional de Ecuador despenalizó el aborto en casos de violación en el país. Antes de esto, la interrupción del embarazo solo se permitía en casos de riesgo de muerte o si la mujer víctima de violencia tenía una discapacidad mental. |
| El Salvador | Desde 1998, el aborto está totalmente criminalizado en El Salvador, incluso en casos espontáneos si existe la sospecha de que las mujeres los han inducido. El Código Penal del país establece una pena de 2 a 8 años de prisión por la interrupción del embarazo, pero los fiscales y jueces suelen clasificar los casos de pérdida del bebé como "homicidio agravado", lo que eleva la pena a entre 30 y 50 años de prisión. |
| Guatemala | En marzo de 2022, Guatemala aprobó una ley que aumenta la pena de prisión por aborto en el país. La Ley para la Protección de la Vida y la Familia establece hasta diez años de prisión para quien "provoque su aborto o consienta que otra persona lo provoque". Antes, la pena máxima era de cinco años. La única excepción son los casos que presentan riesgo de muerte para la madre. Los médicos responsables también pueden ser castigados con hasta 50 años de prisión en caso de muerte de la madre. |
| Guyana | Desde 1995, el aborto está despenalizado en Guyana hasta las 12 semanas de gestación. Después de este período, la interrupción del embarazo es legal en caso de riesgo para la salud o la vida de la mujer. |

(Continúa)

(Continuación)

| País | Particularidad de las legislaciones |
|----------------------|--|
| Guyana Francesa | La Guayana Francesa es considerada un territorio de Francia y, por lo tanto, sigue la legislación del país, que desde 1975 permite la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 10 semanas de gestación. En 2001, el país amplió el plazo legal a 12 semanas y, en febrero de 2022, el derecho se extendió hasta las 14 semanas de gestación. |
| Haiti | Desde 1835, el Código Penal de Haití criminaliza el aborto en cualquier circunstancia, y la pena puede llegar a cadena perpetua. |
| Honduras | Honduras es el país con las leyes más represivas contra el aborto en América Latina. En enero de 2021, los parlamentarios aprobaron la reforma del artículo 67 de la Constitución hondureña, que prohíbe el aborto en cualquier circunstancia desde el momento de la concepción. El uso, venta, distribución y compra de anticonceptivos de emergencia también están prohibidos. |
| Jamaica | La Ley de Ofensas contra la Persona, de Jamaica, prohíbe desde 1864 la interrupción voluntaria del embarazo. La legislación se basa en una ley inglesa homónima de 1861. En el país, el aborto solo está permitido en tres casos: para salvar la vida de la mujer o preservar su salud mental y física. Fuera de estos términos, cualquier persona que interrumpa un embarazo está sujeta a cadena perpetua. |
| México | En 2023, la Suprema Corte despenalizó el aborto en todo el territorio mexicano. El texto de la resolución de la SCJN afirma que las normas presentes en el Código Penal Federal son “inconstitucionales” y que “violan los derechos humanos de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar”. |
| Nicaragua | El Código Penal de 2006, aún vigente en Nicaragua, criminaliza todos los abortos en el país, incluso en casos de violación o riesgo de muerte de la mujer. La pena por la interrupción del embarazo varía de 1 a 2 años de prisión para las gestantes y de 1 a 3 años para quienes realicen el procedimiento. |
| Panamá | En Panamá, el aborto está permitido en tres casos: malformación fetal, riesgo de vida para la madre y violación. Fuera de estas circunstancias, la pena varía de 1 a 10 años de prisión. |
| Paraguay | La interrupción del embarazo está criminalizada en todas las circunstancias, excepto cuando hay riesgo de muerte para la mujer. |
| Perú | El Código Penal peruano de 1991 criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo en todos los casos. El aborto solo está permitido si es practicado por un profesional, con el consentimiento de la mujer, en casos de riesgo de muerte para la gestante. |
| Puerto Rico | En el país, el aborto es legal si es realizado por un médico para proteger la vida y la salud de la gestante, no solo física, sino también mental y socioemocional. Sin embargo, en abril de 2022, el país comenzó a debatir cambios en esta ley. Un proyecto de ley aprobado por el Senado puertorriqueño prevé la prohibición de la interrupción del embarazo a partir de las 22 semanas, o cuando un médico determine que el feto es viable, con la única excepción de que la vida de la mujer esté en peligro. |
| República Dominicana | Creado en 1884, el Código Penal de la República Dominicana criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo bajo cualquier circunstancia. |
| Surinam | El Código Penal del país prevé penas de hasta 3 años de prisión para la mujer y hasta 4 años para quienes asistan o realicen el procedimiento. |
| Uruguay | Desde 2012, Uruguay permite el aborto hasta la semana 12 de gestación. En casos de violación, el plazo se extiende hasta las 14 semanas, y puede ser mayor en casos de riesgo de muerte para la gestante o anomalías fetales. |
| Venezuela | El Código Penal de Venezuela, de 1915, presenta cuatro artículos que penalizan el aborto, y la pena puede variar entre 6 meses y 2 años de prisión. El procedimiento sólo está permitido si representa un riesgo inminente para la vida de la gestante. |

Fuente: Stabile (2023).
Elaboración de las autoras.

Además de las legislaciones específicas de los países, otro punto en particular que fue posible identificar a lo largo del diagnóstico elaborado en esa investigación es que los estudios propiamente dichos a respecto del fenómeno del embarazo forzado en el proceso migratorio aún son muy limitados, una vez que, para muchos autores y autoras el embarazo de niñas y adolescentes es

contabilizado de la misma manera que de mujeres adultas. Las teorías sobre la tasa de fecundidad en el contexto migratorio consideran variables demográficas, acceso a contraceptivos y el embarazo como alternativa social para el establecimiento legal y acceso a beneficios en los países de acogida (Goldstein y Goldstein, 1981; Shavazi y McDonald, 2000; Andersson y Scott, 2007; Barrios, 2021). Y en esos casos incluyen los embarazos forzados de niñas y adolescentes, sin una problematización a respecto de la violación sexual. Sin embargo, esta invisibilidad del tema incide directamente en el acceso a derechos e información por parte de las menores migrantes, una vez que, al no considerar los factores detonantes del embarazo, las niñas y adolescentes no son acogidas por los sistemas de salud que establecen la violación sexual como categoría determinante para la realización del aborto seguro.

De acuerdo con Garry Conille, director regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, a fines de 2023, se podrían contabilizar alrededor de 900 mil refugiados y migrantes adolescentes en la región (UNICEF, 2023). Las niñas que componen este grupo están extremadamente expuestas a riesgos y vulneraciones en sus rutas migratorias. La trata de personas para fines de explotación sexual, el matrimonio forzado y temprano, el embarazo infantil forzado y el embarazo forzado transnacional son algunas de ellas.

Con la excepción de 2020, cuando se aplicaron muchas restricciones fronterizas relacionadas con el Covid-19, el número de niños, niñas y adolescentes que migran o solicitan asilo en ALC no ha dejado de aumentar en los últimos 10 años (...) los riesgos físicos a lo largo de estas rutas irregulares son innumerables, especialmente para los niños, niñas y adolescentes migrantes. Sólo el año pasado [2022], al menos 92 niños, niñas y adolescentes migrantes murieron o desaparecieron mientras se desplazaban por ALC. Esta cifra es superior a la de cualquier otro año desde 2014 (UNICEF, 2023, p. 2 y 15).

Considerando que esas personas son expuestas no solamente a los desafíos inherentes al proceso migratorio – forzado o no – es evidente que la violencia basada en género (Gender Based Violence – GVB) ejerce un rol central en el proceso migratorio, sea en la fase de toma de decisión de salir de sus países de origen o en el país de destino. Facto es que no se puede considerar las condiciones demográficas de la migración en Latinoamérica y Caribe, sin tener en cuenta que la GVB es una herramienta de ejercicio de poder y de vulnerabilización de mujeres, particularmente las niñas, adolescentes y jóvenes – acompañadas o no.

A partir de este primer esfuerzo de diagnóstico sobre el tratamiento actual del tema, se decidió desarrollar un estudio exploratorio sobre una población migrante específica en un contexto fronterizo. Para ello, y en virtud de la experiencia adquirida en investigaciones anteriores, se seleccionó el caso de las niñas y adolescentes venezolanas que ingresan a Brasil a través de la frontera Norte,

específicamente por el estado de Roraima. La delimitación del estudio permitirá desarrollar datos e información básica que actualmente faltan sobre las condiciones de acceso a la salud sexual y (no) reproductiva de esta población, así como avanzar en el diagnóstico de las brechas dejadas por la protección del Estado brasileño como país de acogida.

En las páginas siguientes, más que un artículo científico, se presenta un panorama de los aspectos que afectan la protección de los derechos de las niñas y adolescentes migrantes, en particular en lo que respecta a la prevención del embarazo forzado y el acceso al aborto seguro. Partiendo de los principios previamente establecidos de que un embarazo forzado es resultado de una violación sexual y de la ausencia del derecho – o el no ejercicio del derecho – al aborto, se realizaron entrevistas semiestructuradas con especialistas en el tema en Roraima, quienes tienen una larga trayectoria en la gestión de la migración en la frontera del estado con Venezuela y compartieron sus percepciones sobre las condiciones a las que están sometidas las niñas venezolanas en términos de acceso al aborto. Además, se llevó a cabo una revisión documental, con el objetivo de, junto con los datos e información sustantiva presentados en las entrevistas, elaborar un panorama mínimo de la situación y proponer recomendaciones para el avance de esta investigación.

2 UN ACERCAMIENTO TEÓRICO HACIA LA EXPERIENCIA FEMENINA EN REGIONES DE FRONTERA EN LATINOAMÉRICA

De acuerdo con Guizard (2020), las regiones de fronteras en América Latina pueden ser descritas como áreas complejas, pero que tienen algunas cuestiones en común: son poco conocidas en los espacios de toma de decisión de las grandes ciudades, transformándose en espacios periféricos, y, consecuentemente, la disponibilidad institucional de apoyo y atención para garantizar derechos y servicios de protección públicos resultan precarios. Otro punto destacado por la autora es que, en la región, estas áreas están particularmente marcadas por la militarización,

(...) lejos de constituir un pasado olvidado, la yuxtaposición entre militarización, nacionalización y violencia de género se materializa actualmente en estos espacios como una tensión social reiterativa (...) esta yuxtaposición se reproduce actualmente en la mayor parte de las fronteras latinoamericanas. En ellas, recuperando las palabras de Anzaldúa, el cuerpo de las mujeres es el *campo de batalla* donde se marcan las disputas territoriales (Guizard, 2020).

Esas regiones ya son marcadas por experiencias de violación de los derechos de las mujeres en diferentes niveles, lo que establece una dinámica relacional específica delimitada, por un lado, por la violencia machista y por otro por la falta de información y acceso a los derechos básicos como la educación y la salud

sexual y (no) reproductiva. Esta realidad además se encuentra atravesada por el crecimiento de la migración forzada y la creación de una economía marginal de ventajas y lucros de personas indocumentadas (Guizard, 2020), lo que expone, aún más, la fragilidad estatal en asegurar la seguridad en dichos territorios.

Sumando estas condiciones de riesgo en estos espacios a la actual composición demográfica de la migración en América Latina y Caribe, es necesario identificar una interseccionalidad entre género y edad, observando que, en ese sentido, los espacios de fronteras son, particularmente, peligrosos para las niñas y adolescentes menores de edad. Eso sucede en diversas fronteras, como por ejemplo entre México y Estados Unidos, dónde comprobadamente, las mujeres, jóvenes y adolescentes son secuestradas y subyugadas a una condición cotidiana de violación sexual (Cecon, 2024). Para el investigador Roger Flores Cecon (2024), estas condiciones en las ciudades de frontera generan impactos graves sobre la salud mental de las mujeres relacionados con trastornos mentales, ansiedad, depresión, pensamientos paranoicos, miedo, pánico, alucinaciones; también está comprobado que generan complicaciones obstétricas, disfunciones sexuales, embarazos forzados, abortos inseguros e infecciones sexualmente transmisivas. Entre estas consecuencias mencionadas por el investigador, se destaca en este estudio las cuestiones involucradas a las complicaciones obstétricas, los embarazos forzados, abortos inseguros y barreras críticas en el acceso al aborto seguro.

3 ¿POR QUÉ EL EMBARAZO FORZADO EN NIÑAS MENORES DE 15 AÑOS ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA?

El embarazo forzado en niñas y adolescentes menores de 15 años es una de las consecuencias del abuso y la violencia sexual. Las uniones tempranas, los matrimonios infantiles, las dificultades en acceso a la interrupción del embarazo y a insumos de salud sexual y (no) reproductiva (SSR), así como otras variables socioeconómicas configuran escenarios favorables a la reproducción de este problema.

Las consecuencias del embarazo forzado en menores de 15 años son nocivas y perjudiciales para la trayectoria de niñas y adolescentes, así como para su entorno y su comunidad. Las principales consecuencias se relacionan con riesgos de salud para la niña o adolescente y para el recién nacido, mayor mortalidad materna, interrupción de la trayectoria educativa, acrecentamiento de las brechas de género por aumento en la carga de cuidados y otros impactos negativos en su ciclo de vida.

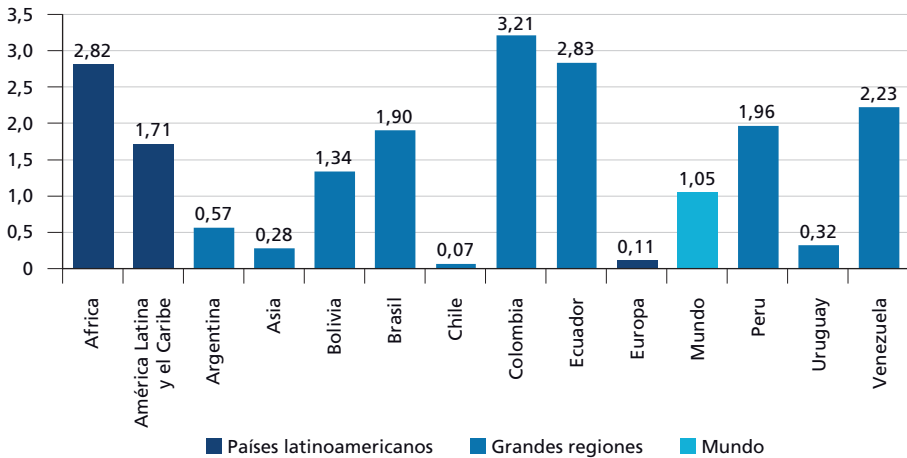
Además, se ha demostrado que el embarazo no intencional en la adolescencia genera gastos adicionales para los Estados, por lo que invertir en su prevención no sólo es deseable en términos de derechos humanos, sino que también es

rentable (Argentina, 2023). No es lo mismo embarazo forzado que embarazo no intencional, pero para la mayoría de las niñas y adolescentes menores de 15 años el embarazo se caracteriza por su no intencionalidad. Un embarazo es forzado se define como aquel que se da en una niña menor de 14 años “sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo” (Cladem, 2016).

La información sobre la fecundidad en menores de 15 años históricamente ha sido invisibilizada por falta de datos, muchas veces relacionado al ocultamiento y el estigma. Sin embargo, en los últimos años la comunidad internacional ha reconocido la importancia de vigilar los niveles de fecundidad entre menores de 15 años y se ha incluido este grupo en las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo y como indicador de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). Según Naciones Unidas la maternidad en este grupo de edad es más frecuente en África y América Latina y el Caribe (ALC) que en otras partes del mundo. Para la región ALC estimó para el año 2023 una tasa de fecundidad 1.711, superior al promedio mundial (1.05), solo superado por África (2.82).

GRÁFICO 1

Tasa de fecundidad específica 10-14 años en países latinoamericanos y grandes regiones del mundo (2023)



Fuente: World Fertility Data/United Nations, 2024. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-fertility-data>.

Cabe mencionar que América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron. En esta región, se prevé que esos partos continúen en aumento hasta el 2030 (UNFPA, 2013). Si bien estas tasas están muy por debajo de las tasas de adolescentes de 15 a 19 años, como sostienen Vignoli y Bernuy (2020), cada caso suele expresar un conjunto

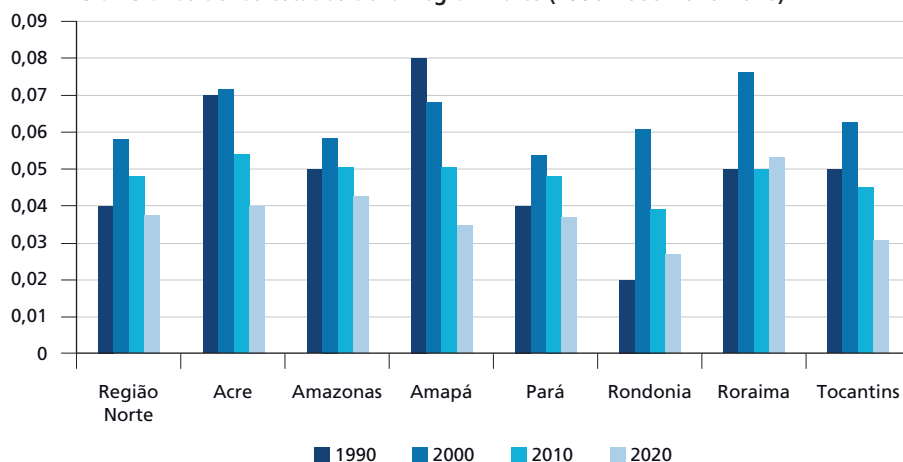
de privaciones, vulneración de derechos y muy altas probabilidades de abuso, por lo que requieren una atención especial y urgente.

Específicamente en Brasil, al igual que todos los países del cono sur, la tasa específica de fecundidad adolescente tardía de 15 a 19 años viene descendiendo, aunque aún el índice se encuentra en niveles elevados con mayor prevalencia respecto a otros países de la región. Según el UNFPA (Argentina, 2023) Brasil es uno de los países de América Latina con mayor ocurrencia de embarazos en la adolescencia con 14% de partos de niñas y adolescentes hasta 19 años, quedando atrás de Paraguay (15%), Ecuador y Colombia ambos con un 18%.

Por otra parte, de acuerdo con la evidencia existente, la tasa de fecundidad entre las adolescentes de la región Norte de Brasil ha sido históricamente más alta que en otras regiones del país. Según datos del Sistema de Información de Nacidos Vivos (Sinasc) del Ministerio de Salud, en la década de 1990, las tasas en esta región eran superiores a 100 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años en todos los estados. En 2020, las tasas cayeron por debajo del 70% en todos los estados, con la excepción de Roraima, que todavía cuenta con una tasa de aproximadamente 82,3.

GRÁFICO 2

Serie histórica de la tasa de fecundidad (100.000 mujeres) entre las adolescentes de 15 a 19 años de los estados de la Región Norte (1990-2000-2010-2020)



Fuente: Costa y Leal (2023, p. 37).

Aunque haya habido una reducción significativa de las tasas de fecundidad entre adolescentes en toda la Región Norte en las últimas tres décadas, persiste el desafío de reducir aún más este indicador (Argentina, 2021). Frente a esto, Brasil aún presenta altas tasas de embarazo precoz y forzado en comparación con otros

países, incluso entre las niñas de los grupos etarios más bajos, manteniéndose por encima del promedio mundial. Según datos de UNFPA Brasil (Apesar..., 2022), más de 19.000 nacidos vivos al año son de madres niñas entre 10 y 14 años.

4 CAUSAS DEL EMBARAZO FORZADO EN MENORES DE 15 AÑOS

La principal causa de los embarazos forzados en niñas menores de 15 años suele ser la violencia y el abuso sexual, muchas veces dentro del núcleo familiar o ejercida por personas del círculo cercano de las niñas y adolescentes. Muchas veces el abuso puede realizarse a partir de diferentes formas de coerción, que varían desde la imposición forzada hasta “amenazas, abuso de poder y otras formas de presión” (Argentina, 2019).

También el embarazo forzado de niñas menores de 15 años se relaciona con las uniones tempranas y los matrimonios forzados. Según un estudio de UNICEF en América Latina y el Caribe, la mayoría de las mujeres que se casaron antes de los 18 años tuvieron un parto antes de los 18 años (UNICEF, 2019). En la región, una de cada cuatro mujeres entre 20 y 24 años se casó o mantuvo una unión temprana antes de cumplir los 18 años, siendo de este universo el 5% de niñas y adolescentes que se casaron con menos de 15 años (UNICEF, 2019). La probabilidad de estar en unión temprana o de contraer matrimonio de forma forzada varía según condiciones socioeconómicas y territoriales de las niñas o adolescentes. En la región, una niña que reside en el ámbito rural pertenece al primer quintil de ingresos y no cuenta con educación formal o únicamente primaria, está más expuesta al matrimonio infantil que aquellas que viven en el medio urbano, pertenecen a quintiles superiores de ingreso y completaron estudios secundarios o superiores (UNICEF, 2019). En Latinoamérica, este fenómeno afecta más a niñas que a niños (UNFPA, 2020a).

Asimismo, también se encuentra asociado a la falta de acceso a la interrupción del embarazo. Obligar a una niña o adolescente a continuar con su embarazo perpetúa la violencia, constituyéndose, en los casos de abuso, como “una continuidad de la situación del abuso que le dio origen” (Argentina, 2021). Por esto es necesario garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo para esta población. Además, el acceso al aborto seguro está relacionado con el descenso de las muertes por aborto. Además de la legislación específica, es necesario que existan mecanismos para evacuar posibles barreras en el acceso, tales como la objeción de conciencia de profesionales de la salud, aseguramiento de insumos tanto para abortos quirúrgicos como medicamentosos y traslados interjurisdiccionales por falta de insumos, infraestructura o profesionales disponibles.

Por último, el embarazo forzado en menores de 15 años también se asocia a situaciones de vulnerabilidad económica y social. Entre las variables que inciden

en la existencia de embarazo forzado en la adolescencia está la falta de acceso a métodos anticonceptivos y otros insumos de SSR y la baja o escasa implementación de políticas de Educación Sexual Integral (ESI). Tal como indica el Estado de la Población Mundial 2024 de UNFPA, la educación sexual integral contribuye a reducir las tasas de embarazo en la adolescencia, además de postergar la edad de la primera relación sexual y aumentar el uso de anticonceptivos (UNFPA, 2024). Además, como bien indicaron Romero *et al.* (2010, p. 169), “(...) la migración y la fertilidad son fenómenos demográficos vinculados con los procesos sociales, económicos y culturales de una población, y ambos son afectados por los cambios en dichos procesos (...)”.

5 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO FORZADO EN MENORES DE 15 AÑOS

El embarazo forzado en menores de 15 años implica riesgos para la salud de la niña y/o adolescente y el recién nacido. Según UNFPA (2020b), “en las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años”.⁷ El riesgo de muerte materna se ve agravado en países de ingresos bajos y medios (Isaza *et al.*, 2014). Además, estos embarazos tienen mayor propensión a ser atendidos por cesárea, lo cual incrementa los riesgos asociados al parto.

El embarazo forzado en menores de 15 años tiene consecuencias perjudiciales para la salud mental de la niña o adolescente. Obligar a una niña o a adolescente a continuar su embarazo tiene consecuencias destructivas para la vida de quien es obligada, incluyendo “desestructuraciones psíquicas con desenlaces límite, como fugas o abandono de recién nacidas o nacidos y, en los casos más graves, infanticidio y suicidio” (Argentina, 2021). Además, en algunos casos el embarazo forzado puede llevar a problemas en los vínculos entre la comunidad y la niña o adolescente embarazada.

El embarazo forzado en menores de 15 años aumenta la probabilidad de desafiliación educativa, lo cual no solo es perjudicial en términos educativos sino por la desvinculación de la niña o adolescente de redes de contención, acceso a interrupción del embarazo, métodos anticonceptivos y detección temprana del abuso. Si se compara a la población de niñas menores de 19 que tuvieron un hijo con las que postergan su maternidad, casi la mitad alcanza solo educación secundaria, mientras que apenas el 7% alcanza nivel terciario (UNFPA, 2022). Además, también existe evidencia de que los y las hijas de personas que fueron madres en la adolescencia tienen peores resultados educativos que aquellos que tienen hijos en la adultez (Funidez *apud* UNFPA, 2020a).

7. Datos disponibles en: <https://lac.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes>. Acceso en: 10 sept. 2024.

El embarazo forzado en menores de 15 perjudica la futura participación laboral de la niña o adolescente, condicionando su calidad de vida y potenciales ingresos. Según estudios como Milena⁸ (UNFPA, 2022, p. 59), “una mujer que completa estudios universitarios o terciarios gana en promedio 2,8 veces más que una que solo alcanza a completar estudios primarios y 2 veces más que una cuyo máximo nivel de titulación fue el secundario” (UNFPA, 2022).

El embarazo forzado en menores de 15 años contribuye a la reproducción de desigualdades de género y aumenta la carga de trabajo no remunerado. En la región, la mayor parte de las tareas de cuidado recae sobre las mujeres. La carga global de cuidados suele ser aún mayor para aquellas mujeres que pertenecen a “los estratos socioeconómicos más pobres, ya que suelen estar compuestos por más personas dependientes (ONU Mujeres y CARE, 2020) y no tienen los medios.

6 ACERCAMIENTO A LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO FORZADO EN LA NIÑEZ MIGRANTE EN RORAIMA

En agosto de 2023, ha sido publicada una investigación de Género e Número, una asociación de media independiente en Brasil, en la cual informa que, en acuerdo con cifras oficiales, para cada niña con acceso al aborto legal en Brasil, 31 de ellas han parido en Roraima, estado con la mayor tasa de fecundidad de niñas entre 10 y 13 de Brasil. De acuerdo con la legislación nacional de Brasil, cualquier tipo de relación sexual con niñas y niños menores de 14 años es configurado como un crimen de abuso sexual. El Código Penal del país incluye que el aborto es permitido en caso en los cuáles la gestación genera algún tipo de riesgo de vida a la mujer, y también cuando el embarazo es producto de una violación sexual. Aun así, entre los años de 2018 y 2021, 251 niñas en Roraima entre los 10 y 13 años han llevado a término su embarazo, y solo ocho han tenido acceso al aborto legal.

Otros estudios también permiten componer la situación de niñas migrantes y refugiadas en Roraima respecto a acceso a sus derechos sexuales y (no) reproductivos. Un documento publicado recientemente, Monitoramento do Fluxo da População Venezuelana (DTM), refleja que el 71 % de las personas migrantes y refugiadas consultadas no cuentan con acceso a servicios de salud sexual (no) reproductiva y aquellas que han tenido algún tipo de contacto con los servicios de SSR ha sido para solicitar en primer lugar métodos anticonceptivos (35%), siguiéndole consejerías en derechos sexuales y (no) reproductivos (26%), solicitud de preservativos (24%) y testeos de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (13%).

8. El estudio Milena es el UNFPA (2020b). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.

Considerando las causas y consecuencias del embarazo y la maternidad forzada de niñas y adolescentes presentadas en la sección anterior, en un diagnóstico realizado a partir de levantamiento bibliográfico, de datos disponibles por parte del Gobierno de Brasil y de entrevistas con expertos y expertas que actúan directamente con la población migrante venezolana en Roraima, resulta posible considerar los principales factores que inciden sobre la ocurrencia de embarazos y maternidades forzadas en niñas entre 10 a 14 años (tanto nacionales brasileñas y venezolanas), según se explica más adelante.

La fragilidad de la estructura de atención a la salud básica en el estado: ese tema es clave para pensar las barreras de acceso al aborto en Roraima, particularmente para los casos de embarazo forzado de la población migrante. Hasta mediados de septiembre de 2024, la única maternidad del estado de Roraima funcionaba en una estructura provisoria de tiendas (el tiempo total fue de cinco años, en acuerdo con las entrevistas realizadas) llamada por la propias entrevistadas “hospital de lona”. Aunque recientemente la maternidad fue inaugurada pero aun las obras no han concluido y en la propia voz de una de las entrevistadas “la calidad de la atención ha empeorado dado que aún no se cuenta con los insumos necesarios para las necesidades de SSR de niñas y adolescentes, a pesar de que antes no era buena”.

Otro tema que surgió en el marco de las entrevistas es que en el ámbito sanitario no se inician las interrupciones legales del embarazo. Es decir, si bien se cuenta con un equipo especializado clínicamente, las niñas y adolescentes llegan al hospital con el aborto iniciado. Esto, y siguiendo las indicaciones de la OMS respecto al aborto seguro, representa riesgos de mortalidad materna dado que las niñas y adolescentes no cuentan con un apoyo de sistema de alerta frente a cualquier complicación que se pueda producir.

Por otra parte, aunque la estructura hospitalaria sea precaria, en ninguna de las entrevistas fue posible confirmar el uso de medicamentos para la interrupción del embarazo, sino que el sistema de salud solo ofrece el método quirúrgico. En este sentido y de acuerdo con *Journal of Public Health Policy* (2012 *apud* Dominguez, Veras y Oliveira, 2022), Brasil está al lado de Vietnam como uno de los países con más dificultad de acceso al aborto farmacológico en el mundo.

En 1998, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (Anvisa) ha promulgado la Portaria nº 344 de 1998, que restringe la venta del medicamento Misoprostol a las instituciones hospitalarias, e indica que cada unidad de salud debe realizar un registro en las respectivas Secretarías de Vigilancia Sanitarias de sus estados para recibir el medicamento por parte del Ministerio de Salud. En ese contexto, las personas expertas entrevistadas indicaron que las mujeres, niñas y adolescentes que buscan realizar un aborto farmacológico cruzan la frontera de

Brasil a Guyana o Surinam y compran Cytotec, que es un otro medicamento abortivo, y es fácilmente encontrado en cualquier punto de venta en los países vecinos. Esa práctica es otra barrera más en el acceso a tratamientos recomendados internacionalmente para la salud de la mujer, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar.

Otro tema que ha revelado las entrevistas y resulta extremo de la situación en Roraima es que, de acuerdo con la legislación brasileña, el seguimiento de los embarazos debe ser realizado, preferentemente, en las llamadas Unidades Básicas de Salud (UBS) que son administradas por los municipios. En las UBS es también dónde se puede acceder a métodos anticonceptivos gratuitos. Estas unidades también tienen la obligación legal de registrar los casos de acoso sexual, principalmente, en niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, las personas entrevistadas relataron que en las UBS no realizan seguimientos de niñas y adolescentes que se encuentran transcurriendo un embarazo y que tampoco se realizan interrupciones legales del embarazo, sino que naturalizan la continuidad del embarazo forzado y la maternidad forzada como un proyecto de vida identificando esas niñas con la expresión en portugués “mãezinhas” y dejando por fuera cualquier posibilidad de autonomía progresiva.

La práctica cultural de una sexualización temprana de las niñas y adolescentes: en acuerdo con los números más recientes del Anuario de la Seguridad Pública de Brasil y UNICEF (2024), el estado de Roraima lidera los registros de violaciones y violaciones de vulnerables (cuándo practicados contra niñas, niños y adolescentes) por habitantes. Solamente en 2023 con 716 casos de violaciones (que son casi dos por día) – siendo de esas víctimas 565 clasificadas cómo vulnerables y 613 mujeres, Roraima también es el territorio con más casos de acoso sexual, y ha presentado un aumento de más de 50% en casos de importunación sexual, cuándo se comparan con los datos de 2022. La situación es aún más alarmante cuando se analiza la situación de la infancia. UNICEF y el Fórum de Seguridad Pública han publicado que entre los años de 2021 y 2023 fueron registradas 1.500 violaciones de niñas, niños y adolescentes hasta los 19 años en Roraima. Más allá de la práctica de clasificar el embarazo forzado como “mãezinhas”, existe también en el estado una invisibilización de la violación sexual en la niñez que es marcada por una falta de educación sexual en las escuelas, por la ausencia de denuncias de profesores, agentes de salud y familiares, y la naturalización de la sexualización de las niñas a lo largo de la vida. Esta idea de que es un tema “cultural” fue unánime en todas las entrevistas realizadas, aunque también reconocieron que categorizar como cultural puede generar la idea de que no se modifique la realidad. Las personas entrevistadas explicaron que la naturalización de la violación sexual de niñas en el estado de Roraima puede estar vinculada con el tipo de socialización violenta de la minería ilegal (garimpo, en portugués) iniciada en los 1980, que

ha naturalizado el desempeño del servicio del hogar y sexual por parte de niñas indígenas (brasileñas o no).

La vinculación entre religión y política: este diagnóstico se arriesga a decir que la interacción y absorción de la religión por parte de la política retroalimenta los dos puntos anteriores. Esto porque impacta directamente en el acceso a la información sobre derechos sexuales y (no) reproductivos, y también influye en la decisión del equipo médico en realizar o no el aborto, aunque sea previsto por el Código Penal brasileño. Esto puede verse ejemplificado en la entrevista a Género e Número con una médica de Roraima – que es parte del único equipo de médicos con autorización para realización del aborto legal en el estado – ha declarado que: “(...) yo aconsejaba a no abortar, no es solamente por cuestiones religiosas. Si hubiera sido conmigo, y yo supiera que hay un bebe se formando [en mi vientre], yo no tendría ningún problema en cuidar de esa niña o niño. Yo crearía, yo creo que es lo más humano es entregar para la adopción, en caso de que yo no soportaré (...)” (Alves y Semente, 2023). En este sentido y según el Mapa Global de Normas sobre Objeción de Conciencia⁹ en Aborto explica que en Brasil se reconoce la objeción de conciencia individual con límites, pero sin reconocer la objeción de conciencia institucional. En Roraima hasta el momento se cuenta con una sola maternidad en donde y en función de las entrevistas se reconoce la prevalencia de equipos resistentes a informar sobre el derecho del aborto a niñas y adolescentes que transitan un embarazo forzado.

Por otra parte, en las entrevistas también indicaron que existe una especie de persecución a las personas que defienden el acceso al aborto legal y la educación sexual y reproductiva, sobre todo por los grupos pródigos. La creencia de que el tema de la salud sexual y (no) reproductiva de las niñas y mujeres pueden ser ideologizadas impacta directamente en la disponibilidad de acceso a los derechos asegurados por ley. Más allá, las condiciones de vulnerabilización social y económica fortalecen estructuras de violación de los derechos de las niñas, y, particularmente, establece condiciones de riesgo que sobreponen degradaciones sociales y fortalecen un sistema de opresión y marginalización en esos territorios.

Ese territorio fronterizo entre Venezuela y Brasil es particularmente hostil para niñas y mujeres, se encuentra en una de las principales puertas de entradas de inmigrantes de origen venezolana en Brasil. Según el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública de Brasil, por lo menos, 1 millón de venezolanos han ingresado en el país desde 2017 (Custodio, 2024). Solamente entre los años de 2018 y 2022, 344.2 mil venezolanos llegaron a Brasil, de los cuáles 12% fueron niñas hasta 15 años. Solamente en 2019, aproximadamente 529 niños y niñas venezolanas cruzaron la frontera entre Venezuela y Roraima. Casi el 90 % de ellos tenían entre

9. Para más información ver en: <https://redaas.org.ar/objecion-de-conciencia/mapa-global-sobre-objecion-de-conciencia/>.

13 y 17 años y habían viajado solos o con un adulto que no era un familiar ni su tutor legal (Brasil..., 2019).

Algunos niños y niñas no acompañados terminan viviendo en las calles, donde quedan especialmente vulnerables a sufrir abusos o a ser reclutados por pandillas delictivas brasileñas (...) Sin un tutor legal, no pueden inscribirse en la escuela ni recibir atención médica (...) Sin embargo, los dos albergues públicos para menores de entre 12 y 17 años que hay en Roraima estaban tan desbordados que, el 13 de septiembre [de 2019], un juez del estado dispuso que ya no reciban a más niños o niñas. (...) Desde entonces, los consejos tutelares en Boa Vista, la capital de Roraima, y en la ciudad fronteriza de Pacaraima han procurado obtener autorización judicial para enviar a algunos niños y niñas venezolanos no acompañados a albergues para refugiados de las Naciones Unidas que fueron creados para acoger a venezolanos adultos y familias con hijos (Brasil..., 2019).

En ese contexto de emergencia, el gobierno de Brasil ha actuado junto a organizaciones internacionales humanitarias, como la Organización Internacional para la Migración (OIM) y el Alto Comisariado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR), en el desarrollo de la llamada Operación Acogida,¹⁰ en donde se construyeron albergues para las personas refugiadas en la capital del estado de Roraima, Boa Vista, con grande capacidad de recibimiento de personas y con el objetivo de ser espacios temporales para que luego la personas migrantes sean “interiorizadas” con un establecimiento fijo en el propio estado de Roraima o en otras localidades del país. Sin embargo, hasta el primer semestre de 2024, esta parte de esta población vivió en esos albergues hace más de 5 años, y en ese tiempo se han instalado pandillas criminales tanto brasileñas cuánto venezolanas que cotidianamente realizan crímenes en esos espacios, sin cualquier tipo de acción de las organizaciones responsables y del gobierno brasileño (Custódio, 2024).

En las entrevistas, también fue posible identificar que la estructura física de los albergues representa un desafío adicional. Se informó que los baños están ubicados cerca de la entrada de los albergues, lo que significa que pueden estar a una distancia de hasta 800 metros de algunas tiendas. Durante la noche, este desplazamiento se vuelve peligroso, ya que no hay seguridad dentro de los propios albergues, solo en la entrada. Según una de las expertas entrevistadas, muchas madres no permiten que sus hijas utilicen el baño durante la noche por el temor a que sean violadas y/o sufran algún tipo de situación hostil.

Investigaciones realizadas por la Universidad Federal de Pernambuco con mujeres indígenas Warao, atendidas por la Operación Acogida, señalan que hay

10. La Operación Acogida es una iniciativa humanitaria del Gobierno Federal de Brasil para brindar apoyo a migrantes y refugiados venezolanos. Creada en 2018, la operación responde al intenso flujo migratorio en la frontera entre ambos países. La Operación Acogida se estructura en tres pilares principales: organización fronteriza, acogida humanitaria y reasentamiento interno. Hasta marzo de 2024, más de 125 mil migrantes y refugiados venezolanos han sido acogidos en Brasil, estableciéndose en más de mil municipios en todas las regiones del país.

un gran riesgo en ser mujer o niña en esos albergues de Roraima. Este riesgo se debe a cuestiones complejas relacionadas con el comportamiento masculino y la cultura patriarcal (tanto venezolana como brasileña), que generan situaciones de extrema vulnerabilidad. Un ejemplo es el simple acto de ducharse, que se ha convertido en un desafío, ya que los hombres han hecho agujeros en las paredes que separan los baños masculinos y femeninos para espiar a las mujeres y niñas mientras se bañan. Además, hay relatos compartidos entre las migrantes sobre la ocurrencia de violaciones sexuales de mujeres y niñas dentro de los albergues, lo que influye en la decisión de muchas familias venezolanas de vivir en las calles de la capital Boa Vista, en lugar de en los albergues de la Operación (Custodio, 2024).

Esta situación es una realidad común en regiones fronterizas y albergues para refugiados, debido a la fragilidad institucional presente en estos lugares. A partir de otras experiencias investigativas en América Latina y el Caribe, se puede generalizar que la generación de información es precaria, especialmente en temas que pueden ser cooptados por perspectivas morales e ideológicas, como la salud sexual y (no) reproductiva.

Además, el contexto de constante emergencia en las zonas fronterizas, sumado a la escasez de recursos financieros y humanos, hace que las organizaciones de la sociedad civil independientes se concentren en temas considerados de extrema vulnerabilidad, como la alimentación, vivienda y documentación. Esta falta de atención y desequilibrio en la atención integral de personas migrantes y refugiadas abre espacio para el trabajo de la sociedad civil local, que no está necesariamente libre de intereses ideológicos, lo que puede limitar directamente la información compartida con la población migrante recién llegada.

En Roraima, particularmente, el carácter religioso de las organizaciones sociales que apoyan la Operación Acogida y tienen un impacto negativo en el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos cuando por ejemplo directamente desaconsejan el uso de métodos contraceptivos y de la realización de abortos en niñas y adolescentes. En esos casos el silencio es también un proceso de mantenimiento del embarazo y la maternidad forzada en esos locales.

De acuerdo con cifras oficiales, en los últimos cinco años, solamente 10 migrantes venezolanas realizaron aborto legal en los estados de la región Norte de Brasil, cuatro de las pacientes tenían entre 13 y 17 años (Alves y Semente, 2023). En acuerdo con las informaciones presentadas por Género e Número, más allá de la falta de información es reconocido que hay “(...) incluso mujeres víctimas de trata. Ya se sabe que hay muchos casos de mujeres y niñas que fueron llevadas para la prostitución. También hay muchas niñas embarazadas (...)” (Alves y Semente, 2023).

Una misión de la Comisión Nacional de Obispos de Brasil (CNBB) hacia Roraima, en el primer semestre de 2024, ha constatado la existencia de todos los tipos de trata de personas en la triple frontera entre Brasil, Guyana y Venezuela. En acuerdo con los resultados de esa visita a Roraima, fue publicado que “(...) las personas migrantes son susceptibles por las condiciones precarias al llegar a la frontera, y son objetivos de reclutadores para el trabajo esclavo contemporáneo, explotación sexual y otras modalidades (...)”.¹¹ De acuerdo con la fundadora del Núcleo de Mulheres de Roraima (Numur), las niñas venezolanas enfrentan el riesgo de la prostitución, una vez que “(...) a la situación contribuye el esquema de seguridad, que está bastante militarizado, ya que no se permiten retrasos en el regreso al albergue, por pequeños que sean (...) las personas que llegan tarde a la hora de recogida (10 pm) duermen en la calle (...) es muy común, en una avenida que está cerca de un mercado, niñas en situación de prostitución (...) y los programas se realizan en condiciones muy precarias, por R\$ 10, R\$ 15, R\$ 20” (Alves y Semente, 2023).

Los datos presentados a lo largo de esta sección forman parte de un esfuerzo inicial para identificar las cuestiones sustantivas y críticas que explican la situación de embarazo y maternidad forzada en niñas venezolanas en Roraima. Es importante destacar que tales informaciones y conclusiones reflejan una perspectiva y enfoque investigativo específico, que no solo consideró los datos – limitados – proporcionados por los gobiernos (federal, estatal y municipal de Boa Vista), sino que los complementa con insumos obtenidos a través de entrevistas con expertas que trabajan directamente en el terreno.

Por lo tanto, se valora esta primera aproximación, que expone parte de las brechas existentes en la actuación del Estado brasileño en el acogimiento de niñas y adolescentes en situación de desplazamiento (forzado o no). Sin embargo, no se limita a las cuestiones abordadas, ya que existen otras dimensiones que no solo pueden, sino que deben ser consideradas. Entre ellas se encuentran: el proceso de interiorización de estas niñas y adolescentes (acompañadas o no), si la variable del embarazo se toma en cuenta en el proceso de asignación a diferentes estados brasileños a los que se envía a estas menores, y el seguimiento de las medidas de protección y prevención contra la violación sexual, prostitución y trata de personas, entre otras.

Así, este documento representa un esfuerzo inicial para contribuir, junto con las expertas entrevistadas, en la difusión de esta situación. Su objetivo es ampliar el interés público y social sobre el tema y fomentar la construcción colectiva de acciones intersectoriales que mitiguen los efectos en las niñas y adolescentes ya

11. Disponible en: <https://ihu.unisinos.br/categorias/641001-o- trafico-de-pessoas-existe-em-roraima-e-e-visivel>. Acceso en: 15 sept. 2024.

afectadas, así como promover políticas públicas que prevengan y reparan este tipo de situaciones.

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: PRIMERAS APROXIMACIONES

Para abordar la cuestión de la violación sexual de niñas migrantes en Roraima y garantizar el acceso al aborto seguro de acuerdo con la legislación brasileña, es fundamental adoptar un enfoque integral e intersectorial que incluya tanto a la Operación Acogida como a los servicios de salud y educación. A saber.

7.1 Garantizar el acceso al aborto legal y seguro con estándares de calidad

- Implementación de protocolos claros y accesibles: asegurar que todos los profesionales de la salud, especialmente en los centros vinculados a la Operación Acogida y en las zonas de acogida de migrantes, estén capacitados y conozcan los procedimientos legales y médicos para el acceso al aborto seguro en los casos permitidos por la legislación brasileña (violación, riesgo para la vida de la gestante y anencefalia).
- Ampliar la red de profesionales de la salud que puedan ofrecer el acceso a las prestaciones de salud sexual y (no) reproductiva: la evidencia es muy clara en que generar mayor autonomía a las licenciadas en obstetricia y enfermería resulta beneficioso en la ampliación de las prestaciones en SSR. Estas profesionales resultan esenciales para contribuir con la prevención de las muertes maternas y ayudar a que niñas, adolescentes y mujeres tomen decisiones libres e informadas sobre su autonomía corporal.
- Red de servicios de salud capacitada y sensibilizada frente a las vulneraciones de derechos de niñas que se encuentran atravesando un embarazo forzado: garantizar que los hospitales y centros de salud de la región de Roraima estén preparados para atender a niñas y adolescentes migrantes víctimas de violencia sexual, ofreciendo un aborto seguro sin obstáculos burocráticos, respetando la confidencialidad, la dignidad y la autonomía progresiva de estas niñas; como también el acompañamiento en el posaborto y la realización de consejerías en derechos sexuales y (no) reproductivos.
- Desburocratización del acceso: facilitar el acceso directo al aborto seguro, sin la necesidad de informes policiales o autorizaciones judiciales, tal como lo establece la legislación brasileña. El proceso debe ser simple y accesible, con un enfoque en la protección de la salud física y mental de la víctima.

7.2 Difusión de información sobre derechos sexuales y reproductivos

- Campañas masivas de concienciación: promover campañas dentro de los albergues y comunidades migrantes sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos, incluyendo el derecho al aborto legal en casos de violencia sexual. Estas campañas deben realizarse en varios idiomas y tener en cuenta las barreras culturales y religiosas, con el apoyo de líderes comunitarios y agentes de salud.
- Distribución de material educativo: distribuir material informativo accesible y claro, en español y otras lenguas locales, que explique los derechos de las niñas y adolescentes migrantes en relación con el aborto seguro, los procedimientos a seguir y dónde obtener apoyo.

7.3 Fortalecimiento de la colaboración entre organizaciones y gobiernos

- Colaboración con organizaciones de derechos humanos: fortalecer la colaboración entre la Operación Acogida, las instituciones de salud, las organizaciones de la sociedad civil y las agencias internacionales, como ACNUR y UNICEF, para asegurar que las niñas migrantes que han sufrido violencia sexual tengan acceso rápido y seguro al aborto legal, sin discriminación ni barreras.
- Monitoreo y evaluación de casos: generar un mecanismo de monitoreo de casos de violencia sexual y acceso al aborto seguro en los refugios, con informes periódicos que evalúen la atención brindada a las niñas y adolescentes migrantes y garanticen que sus derechos estén siendo respetados.

Estas recomendaciones buscan favorecer que las niñas migrantes en Roraima, víctimas de violencia sexual, tengan acceso al aborto seguro, de acuerdo con la legislación brasileña. Sin embargo, no pueden ser alcanzadas sin garantizar que las ideologías religiosas no interfieran con el acceso al aborto seguro y legal, a través de medidas que refuercen el carácter laico del Estado y aseguren que los derechos de las niñas y adolescentes, especialmente en situaciones de vulnerabilidad como las migrantes, sean respetados en todos los niveles del sistema de salud y asistencia. Se acredita que eso se puede avanzar a partir de acciones como:

- Regulación estricta de la objeción de conciencia: asegurar que la objeción de conciencia de los profesionales de salud sea regulada de manera estricta, y que no se permita que toda una institución o región se declare objetora, lo que podría bloquear el acceso de las niñas migrantes a sus derechos.

- Sanciones por negación de derechos: establecer sanciones claras para aquellos profesionales o instituciones que, basándose en ideologías religiosas, impidan o retrasen el acceso al aborto legal, violando así los derechos de las niñas y adolescentes.
- Promoción de la educación sexual integral laica: integrar la educación sexual integral laica en las escuelas, enfatizando los derechos sexuales y reproductivos, el consentimiento, y la prevención de abusos, sin interferencias ideológicas religiosas. Esto permitirá a las niñas migrantes recibir una educación clara y basada en derechos desde temprana edad.
- Sensibilización comunitaria: realizar campañas de sensibilización en las comunidades migrantes y locales sobre la importancia de la separación entre Estado y religión en la provisión de servicios de salud, reforzando el entendimiento de que el acceso al aborto seguro es un derecho garantizado por la ley.

REFERENCIAS

AGUIAR, B. S. **Migração forçada**: uma análise da rearticulação das relações sociais de mulheres congolezas na cidade do Rio de Janeiro a partir da categoria solicitante de refúgio. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

ALVES, S.; SEMENTE, M. Roraima lidera ranking de taxa de fecundidade entre meninas de 10 a 14 anos. **Gênero e Número**, 23 mayo 2023. Disponible en: <https://www.generonumero.media/reportagens/roraima-fecundidade-meninas/>. Acceso en: 15 sept. 2024.

ANDERSSON, G.; SCOTT, K. Childbearing dynamics of couples in a universalistic welfare state: the role of labor-market status, country of origin, and gender. **Demographic Research**, v. 17, p. 897-938, 2007.

APESAR de redução, Brasil ainda apresenta dados elevados de gravidez e maternidade na adolescência, apontam especialistas. **UNFPA Brasil**, 16 sept. 2022. Disponible en: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/brasil-ainda-apresenta-dados-elevados-de-gravidez-e-maternidade-na-adolescencia>. Acceso en: 25 sept. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas**. Buenos Aires: MSAL, 2019.

_____. Ministerio de Salud. **Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas**: hoja de ruta – herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. 3. ed. Buenos Aires: MSAL, 2021.

_____. **Niñas y adolescentes embarazadas en contextos abusivos:** responsabilidades legales e institucionales de los equipos de salud. Buenos Aires: MSAL, 2023. (Serie de herramientas para la intervención, n. 3).

ASSIS, G. O. Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero, redes sociais e migração internacional. **Estudos Feministas**, v. 15, n. 3, p. 745-722, 2007.

ASSIS, G.O.; KOSMINSKY, E. V. Gênero e migrações contemporâneas. **Estudos Feministas**, v. 15, n. 3, 2007.

BARRIOS, M. **Migración y fecundidad:** un análisis cuali-cuanti de cubanas residentes en Canadá. Tesis (Doctorado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2021.

BRASIL: niños y niñas venezolanos huyen solos – la protección que brindan las autoridades brasileñas es insuficiente. **Human Right Watch**, 5 dic. 2019. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2019/12/05/brasil-ninos-y-ninas-venezolanos-huyen-solos>. Acceso en: 14 sept. 2024.

BOYD, M.; GRIECCO, E. **Women and migration:** incorporating gender into international migration theory. Washington: Migration Policy Institute, 2003.

CECCON, R. F. Sequestro e violência sexual contra migrantes na fronteira dos Estados Unidos. **Le Monde Diplomatique Brasil**, 2 abr. 2024. Disponible en: <https://diplomatique.org.br/sequestro-violencia-sexual-contra-migrantes-fronteira-estados-unidos/>.

CLADEM – COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER. **Niñas Madres:** embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Asunción: Cladem, 2016.

CORTE PENAL INTERNACIONAL. **Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional**. [s.l.]: [s.n.], 1998. Disponible en: [https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf). Acceso en: 15 sept. 2024.

COSTA, R. S. L. da; LEAL, M. do C. Taxa de fecundidade do Brasil e em adolescentes nos últimos 20 anos. **Concilium**, v. 23, n. 18, p. 34-41, 2023. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/cc74/c59c9c3549ed5109ca86ac8bd612d4e3eb03.pdf>.

CUSTÓDIO, R. Migrantes e trabalhadores relatam violência, crime e medo na Operação Acolhida em Roraima. **Agência Pública**, 22 jul. 2024. Disponible en: <https://apublica.org/2024/07/migrantes-e-trabalhadores-relatam-violencia-crime-e-medo-na-operacao-acolhida-em-roraima/>. Acceso en: 13 sept. 2024.

DOMINGUEZ, S.; VERAS, N.; OLIVEIRA, M. As barreiras ao aborto medicamentoso no Brasil. **Gênero e Número**, 28 nov. 2022. Disponible en: <https://www.generonumero.media/reportagens/aborto-remedios/>. Acceso en: 20 sept. 2024.

ESCUADERO, C. O protagonismo de mulheres migrantes na construção das redes sociais para o fortalecimento identitário: o caso de brasileiras em Chicago (EUA). **REMHU**, n. 48, p. 179-196, 2016.

FREYER, A. V. ¿Paradigmas en conflicto? La creación y criminalización del migrante en tránsito en México. **REMHU**, v. 32, p. 1-21, 2024.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, A. The impact of migration on fertility: an “own children” analysis for Thailand. **Population studies**, v. 35, n 2, p. 265-284, 1981.

GUIZARDI, M. Las mujeres y las regiones fronterizas latinoamericanas: movilidades, violencias y agencias. **Nueva Sociedad**, n. 289, sept./oct. 2020. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/las-mujeres-y-las-regiones-fronterizas-latinoamericanas/>. Acceso en: 13 sept. 2024.

ISAZA, C. X. *et al.* **Vidas robadas**: un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. [s.l.]: Planned Parenthood, 2014. Disponible en: https://www.plannedparenthoodaction.org/uploads/filer_public/cc/16/cc169bc8-1e15-49b1-a20f-62e0dd4d6c35/ppfa-stolen-lives-spanish.pdf. Acceso en: 23 sept. 2024.

OEA – ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Niñez y adolescencia en contexto de movilidad humana**: aproximación al rol de los sistemas de promoción y protección de derechos. [s.l.]: OEA, 2020. Disponible en: <https://novedades.iinadmin.com/wp-content/uploads/2021/05/Ninez-y-adolescencia-en-contexto-de-movilidad-humana.pdf>. Acceso en: 9 sept. 2024.

OIM – ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA MIGRACIÓN; ACNUR – ALTO COMISARIADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA REFUGIADOS; UNICEF – FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. **Guía operativa para la cooperación transnacional en la protección especializada de la niñez en el proceso de movilidad humana**. [s.l.]: Proceso de Quito, 2023. Disponible en: <https://www.procesodequito.org/sites/g/files/tmzbd1466/files/2023-02/GUIA-OPERATIVA.pdf>. Acceso en: 9 sept. 2024.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. **Directrices sobre la atención para el aborto**: resumen ejecutivo. Ginebra: OMS, 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf?sequence=1>. Acceso en: 20 sept. 2024.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. OPS, UNICEF y UNFPA unen esfuerzos para abordar el embarazo adolescente en poblaciones vulnerables en ALC. **OPS**, 13 sept. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-9-2024-ops-unicef-unfpa-unen-esfuerzos-para-abordar-embarazo-adolescente-poblaciones>. Acceso en: 20 sept. 2024.

ROMERO, C. *et al.* Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, gineco obstétricas y neonatales. **Gaceta Médica de México**, v. 146, n. 3, p. 169-174, 2010.

SHAVAZI, M. J.; MCDONALD, P. Fertility and multiculturalism: immigrant fertility in Australia, 1977-1991. **International Migration Review**, v. 34, n. 1, p. 215-242, 2000.

STABILE, A. Mapa do aborto na América Latina e Caribe: avanços e retrocessos. **Nós Mulheres da Periferia**, 8 sept. 2023. Disponible en: <https://nosmulheresdaperiferia.com.br/mapa-do-aborto-na-america-latina-e-caribe-avancos-e-retrocessos/>. Acceso en: 9 sept. 2024.

STEFONI, C.; CABIESES, B.; BLUKACZ, A. Migraciones y covid-19: cuando el discurso securitista amenaza el derecho a la salud. **Migraciones a debate**, 5 nov. 2021. Disponible en: <https://museudaimigracao.org.br/blog/migraciones-a-debate/migraciones-y-covid-19-cuando-el-discurso-securitista-amenaza-el-derecho-a-la-salud>. Acceso en: 15 sept. 2024.

UNFPA – FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **¡Me cambió la vida!** Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes. Guatemala: FLACSO, 2015. Disponible en: https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/me%20cambio%20la%20vida%20-estudio%20uniones%20tempranas.compressed_0.pdf. Acceso en: 23 sept. 2024.

_____. **Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente**. Panamá: UNFPA, 2020a. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/sistematizaci%C3%B3n-de-evidencias-sobre-consecuencias-econ%C3%B3micas-y-sociales-del-embarazo>. Acceso en: 25 sept. 2024.

_____. **Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe**: implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad en adolescentes (Milena) en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. [s.l.]: UNFPA, 2020b. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf. Acceso en: 25 sept. 2024.

_____. **Adolescent pregnancy: a review of the evidence.** New York: UNFPA, 2013. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf. Acceso en: 25 sept. 2024.

_____. **Vidas entrelazadas,** hilos de esperanza. Nueva York: UNFPA, 2024. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2024>. Acceso en: 25 sept 2024.

UNICEF – FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. **Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe.** Nueva York: UNICEF, 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/9381/file/PDF%20Perfil%20del%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas%20en%20ALC.pdf>. Acceso en: 23 sept. 2024.

_____. **El rostro cambiante de la niñez migrante en América Latina y el Caribe:** una región como ninguna otra. Nueva York: UNICEF, 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/144701/file/Migration-Child-Alert-Spanish-2023.pdf>. Acceso en: 15 sept. 2024.

_____. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil (2021-2023).** 2. ed. São Paulo: UNICEF; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, agosto 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contras-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>. Acceso en: 25 sept. 2024.

VÁSQUEZ, R. Migraciones en países de América Latina: una mirada desde la pediatría. **Archivos de Pediatría Uruguay,** v. 94, n. 2, p. 1-10, 2023.

VIGNOLI, R. **Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas:** un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. [s.l.]: CEPAL, 2017. (Serie población y desarrollo, n. 119).

VIGNOLI, J. R.; BERNUY, V. S. J. **Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud:** continuidad y cambio en América Latina. Santiago: CEPAL, 2020. (Población y Desarrollo, n. 131). Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cea50c2d-b82e-4d80-9e38-294e4fb44a57/content>.

