

Lineamientos para diseño de protocolo de atención

de niñas y adolescentes
menores de 15 años con
embarazo no intencional



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



Julio, 2020



Lineamientos para diseño de protocolo de atención

de niñas y adolescentes menores de 15 años con
embarazo no intencional

Julio, 2020

Consortio
Latinoamericano
Contra el Aborto
Inseguro – CLACAI

© **Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)**

Secretaría Ejecutiva alojada en PROMSEX

Av. José Pardo 601 Oficina 604, Miraflores, Lima – Perú

(511) 4478668

susana@promdsr.org

www.clacai.org

Elaborado por:

Silvina Ramos

Mariana Romero

Sonia Ariza Navarrete

María Victoria Tiseyra

Corrección de estilo y cuidado de edición: Renzo Zegarra


Diseño: Julissa Soriano

Ilustración: iStock @Ponomariova_Maria

**Lineamientos para diseño de protocolo de atención de
menores de 15 años con embarazo no intencional**

Julio, 2020

Lima, Perú



ÍNDICE

04	1. PRESENTACIÓN	24	III.2.1. Principios para la protección de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes. El interés superior del/la niño/a.
09	2. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA		
12	3. CAPÍTULO II. DIMENSIONES DEL PROBLEMA Y LAS RESPUESTAS	27	III.3. Consideraciones legales básicas para la garantía de la interrupción legal del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años
13	II.1. Determinantes del embarazo en la adolescencia		
15	II.2. ¿Cuál es la magnitud del embarazo en la adolescencia?	32	5. CAPÍTULO IV. DIMENSIONES CLAVE DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN
16	II.3. ¿Cuáles son las consecuencias del embarazo en la adolescencia, del embarazo forzado, de la maternidad forzada y de la falta de acceso al aborto seguro?	33	IV.1. Detección oportuna del embarazo
19	II.4. ¿Cómo han sido las respuestas?	34	IV.2. Consejería en opciones
21	4. CAPÍTULO III. ESTÁNDARES DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO DE NIÑAS Y ADOLESCENTES	36	IV.3. Manejo clínico y apoyo psicosocial
22	III.1. Cuestión preliminar: la interpretación de los tratados internacionales de derechos humanos	37	IV.4. Seguimiento integral
24	III.2. El derecho a la ILE: estándares de derechos humanos para niñas y adolescentes	37	IV.5. Cualidades y características del equipo interviniente
		38	IV.6. Indicadores para relevar
		40	IV.7. Funciones de los diversos actores
		41	IV.8. ¿Qué no debe incluir un protocolo?
		42	6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
		46	7. NOTAS

PRESENTACIÓN

Este documento tiene como finalidad contribuir en el desarrollo de guías y/o protocolos de atención que resguarden garantías mínimas de protección de derechos humanos y de estándares de calidad en la prestación de servicios que se debe ofrecer a niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional. Su propósito es llenar un vacío, pues aún son muy pocos los Estados de la Región, que disponen políticas específicas para este grupo de edad y frente a situaciones tan adversas, por lo que como CLACAI, nos sentimos muy satisfechas de aunar esfuerzos con otras instituciones que también vienen trabajando en el tema.

Aunque reconocemos que el abordaje del embarazo no intencional en menores de 15 años debe ser considerado desde una perspectiva intersectorial, *Los Lineamientos Para el Diseño de Protocolos de Atención de Menores de 15 años* enfatiza en la respuesta oportuna que deben brindar los servicios de salud y sus equipos, pues es desde allí en que se puede abordar uno de los aspectos más críticos y urgentes y es, en muchos sentidos, el punto de partida para reducir riesgos y garantizar la restitución de derechos pues, en muchos de los casos, los embarazos en este grupo de edad son el resultado de violaciones.

Otro aspecto relevante a resaltar es que este documento es el resultado de un proceso iniciado en CLACAI desde hace algunos años y que ha comenzado a tomar forma en el año 2018, involucrado a distintos profesionales, activistas e instituciones, quienes desde sus distintas perspectivas han contribuido en el desarrollo de esta propuesta. La versión que hoy se comparte recoge los contenidos y aprendizajes del Foro Regional *«Asegurando el acceso a la salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad en el marco de la Conferencia Regional de Población y Desarrollo»* (2018) y también nos hemos inspirado en esfuerzos regionales de los cuales CLACAI también forma parte, como es la Campaña Regional *«Niñas no Madres»*.

En tal sentido, este documento está dirigido a decisores de políticas en salud sexual y reproductiva, a gerentes de programas y servicios, así como a los equipos de salud que cotidianamente atienden la salud de niñas y adolescentes en los diversos niveles de atención del sistema de salud.

El documento está organizado en 4 capítulos. En el primero se da cuenta de la relevancia de la problemática del embarazo y, en particular, del embarazo forzado y/o embarazo no intencional en niñas y adolescentes menores de 15 años en el contexto latinoamericano y resalta la importancia del diseño y la implementación de estrategias que impulsen acciones preventivas y de atención integrales.

En el segundo capítulo, se describen los determinantes, la magnitud del fenómeno y sus rasgos centrales, así como también se da cuenta de las consecuencias que genera el embarazo y la maternidad forzada, así como de la falta de acceso al aborto seguro y las consecuencias que ello conlleva. Tal como se podrá ver, los resultados no solo se producen en lo inmediato, sino también en largo plazo, dado que afectan sus trayectorias de vida al imponer obstáculos en las metas educativas y laborales. Asimismo, estos impactos negativos se observan en el desarrollo económico de los países de la región, debido a los problemas en el desarrollo de capital humano y a la pérdida de ingresos fiscales que de estos resultados se derivan.

En el tercer capítulo, se ofrece una descripción de las principales normativas, legislaciones y estándares internacionales de protección de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes. Se resalta la obligación de los Estados de garantizar el cumplimiento de esos derechos, incluyendo el derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE), la cual debe ser ofrecida en condiciones de seguridad y calidad.

Por último, en el cuarto capítulo, se presentan los parámetros y criterios básicos a tener en cuenta para la elaboración de protocolos de atención a menores de 15 años embarazadas que deberían seguir los sistemas de salud. En esta línea, se detallan las dimensiones clave que debería contener un protocolo de atención: la detección oportuna del embarazo, la consejería en derechos y opciones, el acompañamiento clínico y el apoyo psicosocial, el seguimiento integral y el abordaje intersectorial de la situación de la niña y adolescente embarazada. A su vez, destaca la importancia de la elaboración de estadísticas específicas para dar cuenta del problema en toda su magnitud y complejidad, y orientar diagnósticos más precisos e intervenciones más pertinentes.

Este documento fue elaborado en base a los textos *Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Línea de base para la elaboración de lineamientos de abordaje integral* (Escobar, Ariza Navarrete y Keller, 2019), y *Los costos de reparación en niñas menores de 15 años forzadas a ser madres producto de violación sexual* (Vara Horna, 2019) encargados por CLACAI a expertas/os de la región. También recoge los aportes de las conversaciones mantenidas en el marco de la reunión «Aportes para la construcción de lineamientos para el acceso al aborto de niñas y adolescentes menores de 15 años», convocada por CLACAI en la ciudad de Lima, los días 19 y 20 de septiembre de 2019.

En esa ocasión se reunieron 41 profesionales de 11 países de América Latina, con perfiles y praxis e inserciones institucionales diversas. La reunión tuvo como objetivos: intercambiar diagnósticos y experiencias sobre la atención del embarazo en niñas menores de 15 años; comentar y validar los documentos base elaborados para la reunión; e intercambiar propuestas para la elaboración de lineamientos para un protocolo de atención en el sistema de salud a las niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas.

Luego de su elaboración, el documento ha sido sometido a una revisión de expertos, gracias a la invaluable colaboración de Belen Saavedra Prats del Instituto O'Neill de la Facultad de Derecho de la Universidad de Georgetown, quien coordinó dicha revisión. Nuestro especial agradecimiento por sus aportes a Claudia Sarmiento, Paz Robledo, Mariela Belsky, Raffaella Schiavon, así como a Guillermo Ortiz y Beatriz Galli de IPAS.

Esperamos que este documento sirva para inspirar y orientar a quienes tienen un compromiso para aliviar y resolver este gravísimo problema que afecta muy gravosamente la vida de las niñas y adolescentes de la región latinoamericana. Y también esperamos que contribuya a sensibilizar a quienes todavía no se acercaron al problema para que se sumen a los esfuerzos que deben encararse con urgencia.

Susana Chávez A.

Secretaria Ejecutiva

Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) fue fundada en el año 1952, siendo fundadoras las asociaciones, sociedades y federaciones de Ginecología y Obstetricia de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Actualmente la integran Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Los objetivos de FLASOG son:

1. Integrar en una sola agrupación las instituciones médicas de Latino América dedicadas a la Obstetricia y Ginecología, a razón de una por país.
2. Promover de manera integral la salud de la mujer y el producto de su concepción, su bienestar y sus derechos.
3. Apoyar el progreso científico, académico docente, ético, gremial y jurídico social de la Obstetricia y Ginecología.
4. Brindar cooperación técnica en cada país, para el diseño, formulación e implementación de políticas de salud de la mujer y el producto de su concepción a los organismos gubernamentales y no gubernamentales.
5. Integrar otras asociaciones médicas nacionales o internacionales dedicadas a la salud de la mujer y el producto de su concepción, que se consideren útiles para el logro de los objetivos anteriores y cumplan las condiciones de ingreso detalladas más adelante.

Existen en la FLASOG varios Comités Técnicos Científicos encargados de desarrollar las estrategias necesarias para resolver los problemas de mayor impacto en el área de Obstetricia y Ginecología, entre ellos está el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSSR), el cual se creó en el Congreso Bodas de Oro, realizado en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia en octubre de 2002. Sus Coordinadores han sido los Profesores: Anibal Faúndes (Brasil), Luis Távara (Perú), Pio Iván Gómez (Colombia).

Desde su creación, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos se ha comprometido con la defensa de los derechos de las mujeres, principalmente:

- El derecho a una maternidad saludable y segura
- El derecho a una vida sexual libre de violencia, de contraer infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados
- El derecho a regular la fertilidad a través del acceso a todos los métodos anticonceptivos, con énfasis en la anticoncepción de emergencia

- El derecho a interrumpir el embarazo, dentro del marco legal de cada país
- El derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva
- El derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva

Para Flaso la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer en edad reproductiva con énfasis en las y los adolescentes es un tema prioritario de salud por lo que desde la creación del Comité de DSSR, se han venido desarrollando distintas actividades en pro de favorecer la toma de decisiones de manera libre, responsable e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva. En las y los adolescentes es necesario hablar de sexualidad, medidas de prevención y autocuidado, conductas de riesgo, anticoncepción, embarazos no planificados, relaciones de pareja, así como del derecho a decidir en qué momento y con quien iniciar y tener relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión y el derecho a estar bien informado(a) y a recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción. Por lo anterior FLASOG tiene como objetivo establecer conductas públicas homogéneas en toda nuestra región, basadas en derechos humanos con equidad de género, cuyo centro de atención sean las niñas, los niños, y adolescentes que enfrentan un embarazo no intencional. Trabajamos por involucrar tomadores de decisiones y responsables de generar e implementar tanto programas como proyectos en salud sexual y reproductiva para niñas, niños y adolescentes.

Consideramos que este documento será de suma utilidad para nuestros países ayudando a establecer estándares de políticas públicas basadas en derechos humanos y con perspectiva de género.

Desiree Mostajo Flores

Coordinadora Comité DSSR (2018-2021)

La Federación Latinoamericana de Sociedades de
Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

02/

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA



El embarazo y la maternidad en adolescentes se relaciona estrechamente con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. Aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años tienen partos cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos ingresos (WHO, 2020).

Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son, en la amplísima mayoría de los casos, embarazos no intencionales (OPS, UNFPA, y UNICEF, 2018) y tienen múltiples determinantes. Se trata de determinantes vinculados a la vulnerabilidad familiar y social, a la falta de acceso a la información y a servicios en salud sexual y reproductiva, a relaciones de género desiguales, a la violencia contra las mujeres y a la ausencia de educación sexual integral. También son determinantes vinculados a la falta de oportunidades para el desarrollo personal, la inserción social y para el ejercicio de la autonomía (Brizuela, Ábalos, Ramos y Romero, 2014).

Estos embarazos son también, en gran proporción, embarazos forzados, consecuencia de una situación de abuso o violación. El embarazo forzado es la forma más extrema y cruel del embarazo no intencional. A los riesgos propios del embarazo en edades tan tempranas, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilización, el silenciamiento y la falta de contención y de apoyo. El embarazo forzado es una continuidad de la situación de abuso que le dio origen; si el abuso no pudo ser contado o si fue silenciado por el entorno, el embarazo también estará rodeado de ocultamiento y estigma.

Un embarazo forzado producto de un abuso sexual en esas edades tiene un fuerte costo emocional y genera muchas dificultades para enfrentar la situación. Además, el embarazo y la maternidad forzados pueden provocar la interrupción de la escolaridad y afectar significativamente la vida adulta, afectiva, familiar y social de esa niña o adolescente.

Intervenir en la prevención y el abordaje de los embarazos forzados es un desafío muy complejo porque requiere de cambios culturales en varias dimensiones de la vida de las personas y de la sociedad: en las formas de construir y vivir la masculinidad, en los vínculos entre los géneros y en los vínculos entre los adultos y las niñas. Esos cambios culturales son también difíciles porque suponen cuestionar la visión de la familia como un espacio de protección y

cuidado. Ya que para las niñas y adolescentes abusadas sexualmente y con un embarazo forzado, la familia —su familia— lejos de ser un factor protector es frecuentemente un factor de riesgo pues los abusos tienen como victimarios a figuras masculinas del entorno familiar cercano. Y la idea de la familia como un ámbito que abusa y violenta sexualmente a las niñas y adolescentes es muy difícil de aceptar por la sociedad.

Las opciones que esas niñas y adolescentes embarazadas deben tener son muy claras: 1) interrumpir el embarazo con atención médica de calidad y según los parámetros del marco normativo vigente en cada país; 2) recibir apoyo integral para llevar adelante el embarazo y ser madre con toda la protección social a la cual tiene derecho; o 3) recibir apoyo para, eventualmente, optar por la adopción con todos los resguardos éticos y legales y los cuidados necesarios para proteger su subjetividad y desarrollo personal. Cada una de estas opciones debe supeditarse a su decisión personalísima, informada y autónoma. También esas niñas y adolescentes deben recibir protección anticonceptiva eficaz para prevenir un futuro embarazo. Asimismo, deben tener la oportunidad de iniciar y sostener un proceso penal para juzgar y sancionar al violador y un proceso civil para recibir una reparación acorde al daño provocado en sus vidas.

En las últimas décadas, diversos procesos impulsados por el reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho, y de las inequidades sociales y de género, permitieron la construcción de un campo de teorización y de investigación empírica, así como las reformas legales dirigidas a garantizar los derechos humanos específicos de este grupo de la población contribuyeron a que prácticas hasta entonces toleradas, silenciadas y minimizadas comenzaran a ser visibilizadas y pensadas a partir de nuevos conceptos e incorporadas a la agenda pública. Sin embargo, aún no existen políticas públicas, programas ni acciones acordes a la dimensión y gravedad del problema, tanto preventivas, asistenciales como de protección integral (Chejter, 2019).

En este contexto, el sector salud puede y debe ser un impulsor estratégico en la intervención sobre el problema y, a su vez, debe asumir el compromiso de dinamizar su visibilización y, más importante aún, asumir el compromiso de diseñar, implementar y evaluar buenas prácticas que den respuesta oportuna, apropiada y de calidad a niñas y adolescentes que viven esta situación crítica.

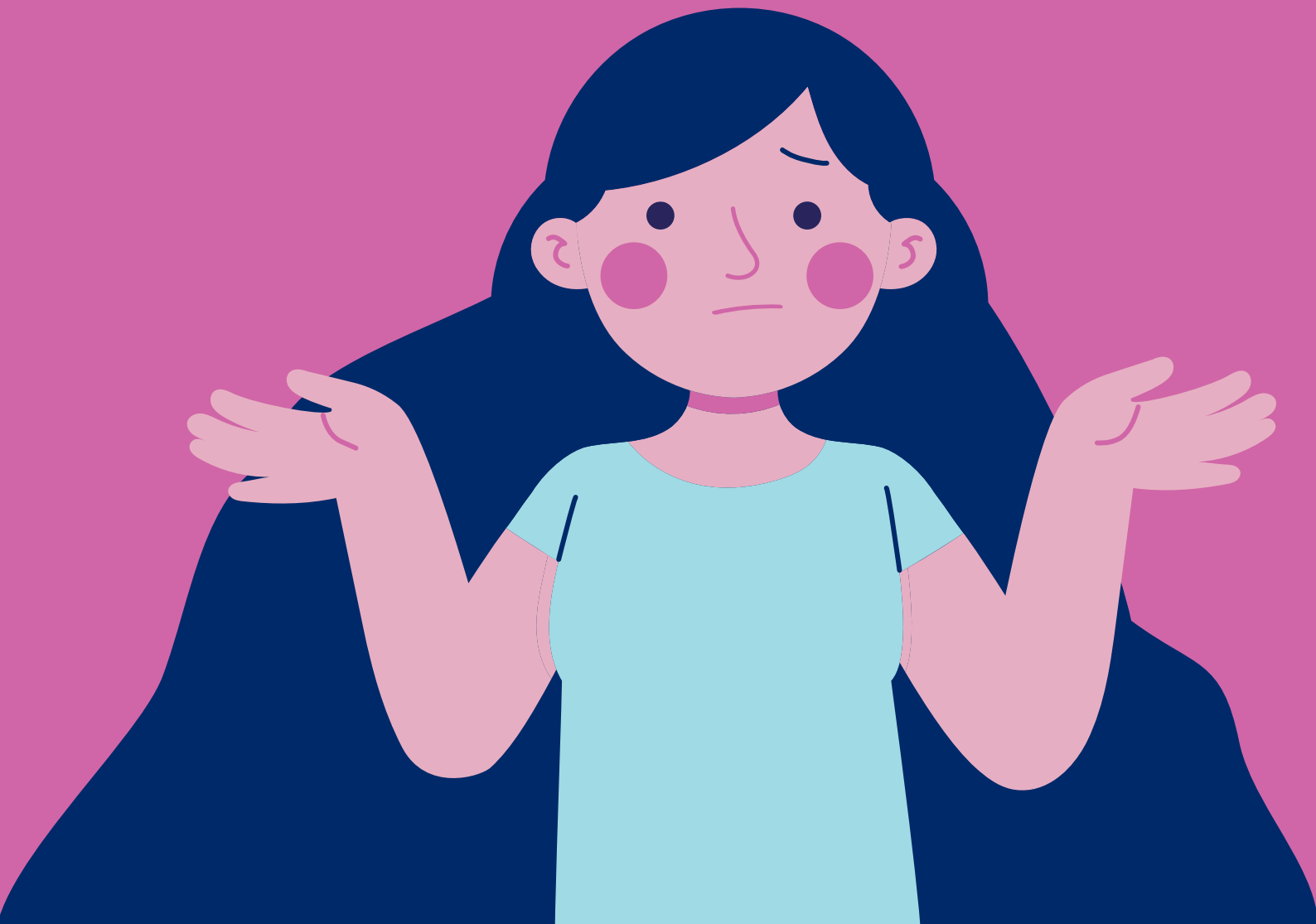
Ante la indelegable responsabilidad de los Estados latinoamericanos de garantizar los derechos de niñas y adolescentes y ofrecer protección efectiva a las nuevas generaciones, resulta necesario impulsar propuestas y estrategias que permitan brindar una atención integral y de calidad a este sector de la población en situación de alta vulnerabilidad social.

Dada la relevancia del embarazo en niñas y adolescentes en la región latinoamericana, y con el propósito de contribuir a garantizar los derechos y promover el desarrollo personal y la inserción social de las niñas y adolescentes, así como orientar acciones de salud pública, este documento busca aportar ideas para la elaboración de protocolos de atención en el sector salud. Para ello propone parámetros generales basados en el respeto por los derechos de las niñas y adolescentes reconocidos por la Convención por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y por las recomendaciones generales de su Comité de Seguimiento, en la evidencia científica, y en las buenas prácticas de atención sanitaria.

03/

CAPÍTULO II

DIMENSIONES DEL PROBLEMA Y LAS RESPUESTAS



II.1.

Determinantes del embarazo en la adolescencia

Existe consenso en indicar que el embarazo en la adolescencia es consecuencia de múltiples factores interrelacionados. Los más relevantes pueden agruparse en dos categorías: los estructurales y los sociales o de *proximidad* (Viner, et al, 2012). Los estructurales refieren a factores que generan oportunidades diferenciales a los y las adolescentes siendo el más importante el nivel y la distribución del ingreso. Esto se debe a que la pobreza y la desigualdad están estrechamente vinculadas con una mayor incidencia en el embarazo en la adolescencia (Gold, et al, 2001).

Otros factores relevantes son el capital social —vínculos sociales, normas y valores compartidos— (Crosby y Holtgrave, 2006), el clima educativo —ya que la educación constituye una herramienta fundamental para la toma de decisiones informadas— así como las desigualdades étnicas y de género que configuran escenarios de mayor vulnerabilidad donde el embarazo adolescente es frecuente (Viner, et al, 2012).

El segundo grupo de determinantes, los sociales o de *proximidad*, comprende los factores relacionados a la vida cotidiana de los y las adolescentes. Así, el establecimiento de un vínculo estrecho y sólido con la escuela influye positivamente en sus trayectorias y funciona, a su vez, como protector del embarazo no intencional (Loyd, 2006). También incluye las posibilidades de acceso a los servicios de salud —contemplando la cobertura efectiva en métodos anticonceptivos modernos— y de inclusión social en sus barrios. Asimismo, se destaca la existencia de oportunidades que permitan mejorar su autonomía y poder de decisión como factores relevantes del embarazo no intencional en la adolescencia (Viner, et al, 2012 y Brizuela, Ábalos, Ramos, y Romero, 2014).

Para una mayor comprensión de los factores determinantes, UNFPA (2013) propone un modelo *socio-ecológico* que complementa los dos tipos de determinantes. Este modelo permite comprender los diversos factores que influyen en las conductas respecto a la salud y que operan en los distintos niveles: el del individuo, las relaciones interpersonales, la comunidad y la sociedad. Así, la adaptación del modelo para la comprensión del fenómeno social del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años permite observar cómo se configuran sus identidades en contextos fuertemente marcados por desigualdades de género, de etnia, de clase social y geográficas, entre otras.

El primer nivel propuesto por este modelo, el macro/sociedad, incluye tres ejes: 1) el orden social de género, 2) el de la desigualdad económica y social,

y 3) el normativo. El primer eje señala que las influencias interpersonales que provienen de familiares y pares son centrales en la construcción de género, siendo un proceso diferente y, en especial, desigual para niños y niñas (Kågesten, et al, 2016). De esta manera, resulta de suma transcendencia la adopción de una perspectiva de género dado que es central en el análisis del espacio de autonomía, poder y decisión que tienen las niñas y adolescentes que viven en contextos fuertemente patriarcales.

Sumado a ello, es importante considerar el eje de desigualdad económica y social ya que tanto la maternidad adolescente como los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años en América Latina están concentrados casi exclusivamente en los sectores más vulnerados de la sociedad (Azevedo, et al, 2012). Atención similar merecen las normas jurídicas que regulan el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes, en particular en lo que atañe al acceso al aborto.

El nivel comunitario se compone del entorno institucional y comunitario de las niñas y adolescentes. Es decir, comprende los servicios de salud disponibles, la escuela y las normas sociales y culturales que moldean la interacción entre las diversas instituciones. Si bien este nivel está por debajo de normas y marcos jurídicos nacionales, en muchos casos se producen solapamientos entre ambos órdenes. Así, por momentos actúan como obstaculizadores o facilitadores del acceso a derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes, por ello es importante tenerlos en cuenta para una comprensión amplia de este fenómeno.

Por su parte, el nivel de relaciones abarca las relaciones que las niñas y adolescentes establecen con sus familias y pares, cuestión que está fuertemente vinculada con las normas de género. En este sentido, contar con vínculos familiares positivos y con un alto nivel de comunicación y cohesión familiar está fuertemente asociado con un menor riesgo de embarazo adolescente y con la postergación de la iniciación sexual (Mmari y Sabherwal, 2013). Una de las variables determinantes en este nivel es el orden social de género—lo vinculado a la violencia sexual y las normas sexistas de poder y control—, que socava la acción de niñas y adolescentes y restringe su capacidad para evitar un embarazo no intencional. Dada la persistencia del matrimonio infantil en la región —incluidas las uniones informales—, ello hace aún más probable los embarazos a esta edad.

Otro de los niveles que este modelo incluye es el nivel individual. Alude al grado de madurez con relación al desarrollo de su autonomía. Ello permite comprender las herramientas y competencias con las que cuenta una niña o adolescentes para la toma de decisiones sobre su cuerpo que, en el caso de niñas y adolescentes menores de 15 años, está mediada por inequidades estructurales y/o situaciones de coerción y coacción sexual.

El embarazo en la adolescencia tiene múltiples factores determinantes. En el caso de las niñas, los más relevantes son de origen cultural, principalmente de género y basados en las asimetrías de poder entre niñas y adultos, por ello los cambios resultan aún más complejos. En consecuencia, y a sabiendas que dentro de la región cada país presenta particularidades y especificidades, deben aunarse esfuerzos a fin de adoptar un abordaje integral que abarque la multidimensionalidad del fenómeno en toda su magnitud. Ante la relevancia que adquiere este fenómeno social, resulta imperiosa la implementación de

intervenciones múltiples y coordinadas, basadas en una comprensión del fenómeno orientada por el marco de referencia descrito.

II.2.

¿Cuál es la magnitud del embarazo en la adolescencia?

América latina tiene características que son particulares: la tasa de fecundidad en la adolescencia es la segunda más alta del mundo, solo superada por la de África subsahariana. La tasa estimada de fecundidad en adolescentes de la región fue de 66,6 nacidos vivos —en adelante, NV— por 1 000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010-2015; un 40% más alta que la tasa mundial (46,5 NV x 1.000) y casi 4 veces más alta que la de las regiones más desarrolladas (Naciones Unidas, 2015).

En términos de su evolución, América Latina muestra un rezago respecto de las tendencias mundiales. Mientras que en el mundo y en las regiones más desarrolladas —Europa, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Japón— la tasa de fecundidad adolescente decreció fuertemente en los años 90 y se mantuvo relativamente estable a partir de entonces, la región de América Latina y el Caribe mostró una tendencia relativamente estable en los años 80 y 90 y una disminución más pronunciada en los últimos 15 años (Naciones Unidas, 2015).

Las particularidades también se observan entre la fecundidad global y la específica de adolescentes: mientras la tasa global de fecundidad ha mostrado una firme tendencia decreciente a lo largo de los últimos 35 años —en línea con el progresivo desarrollo económico de la región— la tendencia de la disminución de la tasa de fecundidad en la adolescencia no ha acompañado este ritmo (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018). Mientras que la primera se redujo cerca de un 45%, pasando de 3,95 en el período 1980-1985 a 2,15 en el período 2010-2015, la segunda solo se redujo menos de un 25% —88,4 a 66,6 en el mismo período—.

América Latina y el Caribe ha experimentado la disminución más lenta de la fecundidad en adolescentes para el grupo de 15-19 años de todas las regiones del mundo, y es reconocida como la única región con una tendencia ascendente de los embarazos en adolescentes menores de 15 años. Consecuentemente, la proporción de los nacimientos de madres adolescentes aumentó significativamente respecto del número total de nacimientos: actualmente, un 15% de los NV en América Latina y el Caribe son de mujeres menores de 20 años (Naciones Unidas, 2015). Estos datos visibilizan los profundos niveles de desigualdad presentes entre los distintos países que componen la región, así como también al interior de una misma subregión o país (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

Al interior de la región, las tasas de embarazo en la adolescencia presentan niveles con disparidades significativas. Países como Uruguay, Argentina y Perú tienen las tasas más bajas en términos comparativos en promedio a lo largo del período; México, Colombia y Ecuador están en niveles medios; El Salvador y Panamá tienen niveles relativamente altos; y Honduras, muy altos.

Existen pocos datos sobre embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años. UNFPA estima que 2% de las mujeres en edad fértil en América Latina y el Caribe tuvieron su primer parto antes de los 15 años, y referencia esta región como la única del mundo en la que el embarazo en estas edades presenta una tendencia ascendente (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).ⁱ

En el año 2015 se publicó uno de los pocos informes con los que se cuenta sobre esta problemática (Casas Isaza, Cabrera, Reingold y Grossman, 2015). Se basó en un estudio multinacional sobre los efectos en la salud de la maternidad forzada en niñas de 9 a 14 años que se desarrolló en Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Este estudio señala que en los 4 países hubo un aumento del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.

Mantener relaciones sexuales con una menor de edad constituye un delito en los cuatro países estudiados. Sin embargo, al penalizar el aborto y no proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo a las niñas embarazadas como resultado de estos actos delictivos, se las fuerza a la maternidad generando graves consecuencias en su salud psíquica, física y emocional, así como en sus oportunidades para desarrollarse plenamente en la sociedad (Casas Isaza, Cabrera, Reingold y Grossman, 2015).

II.3

¿Cuáles son las consecuencias del embarazo en la adolescencia, del embarazo forzado, de la maternidad forzada y de la falta de acceso al aborto seguro?

La preocupación por las consecuencias del embarazo y maternidad temprana ha sido abordada desde distintas perspectivas (Samadari y Speizer, 2010 y Sedgh, Finer, Bankole, Eilers y Singh, 2015). Dicha preocupación radica en que el embarazo en la adolescencia acarrea diversas y graves consecuencias que afectan la vida de las niñas y adolescentes en una multiplicidad de dimensiones, tanto individuales como sociales.

Consecuencias para la salud:

- ✓ En general, hay mayores riesgos para la niña madre y el/la recién nacida/o (Pantelides, 2004 y Conde-Agudelo, Belizán y Lammers, 2005).
- ✓ Mayor probabilidad de tener hemorragia posparto, infecciones uterinas, parto pre-término, y un/a recién nacida/o de bajo peso o con menor desarrollo para la edad gestacional.
- ✓ Mayor probabilidad de que el/la recién nacida/o tenga condiciones neonatales severas (Conde-Agudelo, Belizán y Lammers, 2005 y Ganchimeg, et al, 2014).

- ✓ Estos riesgos son más elevados en las niñas y adolescentes menores de 15 años: una probabilidad cuatro veces mayor de mortalidad materna y de endometritis puerperal.
- ✓ Mayor riesgo de muerte neonatal —dentro de los 27 días posteriores al parto—.
- ✓ Más de 40% de probabilidades de anemia materna, y 60% más de eclampsia —no de manera significativa— y de hemorragia postparto, en comparación con mujeres de entre 20 a 24 años (Conde-Agudelo, Belizán y Lammers, 2005).
- ✓ Mayor probabilidad que los hijos/as de estas niñas nazcan prematuros, con bajo peso al nacer, con mayor incidencia de enfermedades crónicas y problemas funcionales (Cinar y Menekse, 2017).
- ✓ Mayor vulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por motivos biológicos —puesto que no han completado el desarrollo evolutivo del epitelio protector del tracto genital inferior—, y sociales.

Riesgos para la salud mental:

- ✓ En muchos casos los embarazos son producto de situaciones donde la niña/adolescente tiene menor poder de decisión o es víctima de abuso o violencia sexual (UNFPA, 2013 y CLADEM, 2016) con un alto impacto en su salud mental (Casas Isaza, Cabrera, Reingold y Grossman, 2015).
- ✓ De la misma forma, las posibilidades de negociar la utilización de métodos de barrera y/o protección son nulas, en detrimento de su autonomía y salud física.
- ✓ Riesgos específicos para la salud mental dados por un embarazo producto de abuso sexual, una maternidad forzada y la carga de responsabilidad que implica el cuidado de un/a recién nacida/o.
- ✓ Altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo y postparto de este grupo poblacional. Esta situación se agrava en contextos de privación material y simbólica, donde el ejercicio de la maternidad forzada profundiza su vulnerabilidad frente a situaciones de pobreza, exclusión y violencia (Casas Isaza, Cabrera, Reingold y Grossman, 2015).

Consecuencias de las barreras en el acceso al aborto seguro:

Debido a que, en la mayoría de los países que componen la región, el aborto está legalmente restringido, los intentos y prácticas de aborto se realizan en condiciones inseguras con riesgos para la salud física, emocional y social. En estas condiciones hay más probabilidades de tener complicaciones, entre las que se cuentan: hemorragias, sepsis, lesiones en órganos internos, e incluso muerte (UNFPA, 2013). Aun cuando las normas legales habiliten la realización de un aborto bajo las causales de violación o salud, las niñas y adolescentes embarazadas producto de una violación encuentran mayores barreras que las mujeres adultas para acceder a una interrupción legal del embarazo.

Impactos de largo alcance en las niñas y adolescentes y en la sociedad:

Los costos socioeconómicos y las consecuencias del embarazo adolescente son complejos y múltiples e impactan tanto a las adolescentes y sus familias, como a la sociedad en su conjunto y al Estado (CLADEM, 2016).

- ✓ El embarazo forzado en niñas y adolescentes incide negativamente en sus oportunidades y expectativas educativas y laborales. Existe una significativa relación negativa de entre la maternidad en la adolescencia y la asistencia escolar, la inscripción en todos los niveles educativos, las probabilidades de completar cualquiera de ellos y, consecuentemente, los años de educación acumulados, así como una fuerte asociación con el abandono escolar (Rios Neto, y Miranda Ribeiro, 2009; Giovagnoli y Vezza, 2009 y Binstock y Pantelides, 2005). Es decir, que ya sea como causa o efecto del embarazo en esta etapa de la vida, la deserción escolar está asociada con la maternidad temprana (Giovagnoli y Vezza, 2009, Binstock y Pantelides, 2005).
- ✓ Al abocarse a las tareas de cuidado, tienen mayor probabilidad de estar inactivas laboralmente en comparación con sus pares que no son madres.
- ✓ Mayores dificultades para que puedan poner fin al ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza.
- ✓ La maternidad forzada es una barrera de movilidad social y de desarrollo (CLADEM, 2016 y UNFPA, 2019).
- ✓ Impacto en el progreso económico y social de los países de América Latina. Al registrarse un ritmo sostenido de embarazos adolescentes junto con un incremento en los casos de maternidad temprana, se amplía abruptamente la cantidad de personas inactivas laboralmente. Estos impactos se configuran como una pérdida de la oportunidad de beneficiarse del bono demográficoⁱⁱ que presenta en la actualidad América Latina, con efectos en la producción local de cada país (UNFPA, 2019 y UNFPA, 2019a).
- ✓ Alto impacto fiscal debido a la no percepción de ingresos fiscales por impuestos.

En síntesis, el embarazo y/o maternidad en la adolescencia tiene profundas consecuencias en la vida de las niñas y adolescentes. Refuerza tendencias a la interrupción de la trayectoria escolar, a inserciones precarias en el mercado de trabajo y a la reproducción intergeneracional de la pobreza, además de impactar en la salud física y mental de las adolescentes. En particular, para las mujeres de contextos socioeconómicos vulnerables –donde el embarazo se presenta con mayor frecuencia–, la maternidad a edades tempranas también actúa reforzando los roles tradicionales de género y perpetúa, de este modo, situaciones de subalternidad y domesticidad que restringen sus derechos (Gogna y Binstock, 2017).

Son estos impactos interrelacionados los que hacen imperiosa la implementación de una estrategia integral que dé cuenta de los determinantes del fenómeno a fin de erradicar estas profundas desigualdades que afectan a niñas y adolescentes y vulneran sus derechos.

II.4

¿Cómo han sido las respuestas?

Existe coincidencia sobre la escasa información disponible en los diversos países sobre la magnitud del problema del embarazo en las niñas y adolescentes menores de 15 años. Esta escasez tiene un impacto directo sobre las formas en que debe ser comprendida y abordada esta problemática.

En relación con los marcos normativos, si bien se destaca que en algunos países existe legislación específica a la temática, la gran mayoría —a excepción de Colombia que cuenta con un marco normativo armonizado—, presentan inconsistencias. Un ejemplo de ello lo constituyen los límites en la edad gestacional para la realización de una interrupción legal del embarazo o el requerimiento de patrocinio jurídico que resulta inalcanzable para las niñas y adolescentes en situaciones de extrema vulnerabilidad. Dichas inconsistencias terminan dando marco a prácticas y condiciones que no garantizan el pleno reconocimiento de derechos. También se reconoce una amplia brecha entre la norma y su implementación.

Asimismo, se señala que, si bien existen normas en torno a la atención de la violencia sexual, no hay una visibilidad específica para niñas y adolescentes y, en general, persiste la ausencia de una mirada exclusiva destinada a este grupo poblacional. A su vez, cuando existen protocolos de abuso sexual, no hay necesariamente una norma de abordaje integral en la gran mayoría de los países. Por sobre esto, hay una limitada aplicación debido en gran medida a la falta de capacitación. Es de destacar que los únicos países con protocolos para atender a niñas y adolescentes menores de 15 años son Argentina, Colombia y Uruguay.

Otro de los puntos es la ausencia de una mirada intersectorial en el abordaje de esta problemática. Este tipo de abordaje cobra especial relevancia en las niñas y adolescentes menores de 15 años. Dado que las causas del embarazo y la maternidad en este grupo poblacional tienen múltiples factores determinantes, dicho abordaje se torna prioritario.

A fin de comprender la trama de determinantes se ha subrayado la necesidad de identificar los actores intervinientes. Al respecto, se puntualizó en la polarización de la sociedad con relación al aborto. Por un lado, se observa una fuerte presencia de los movimientos de mujeres quienes, a través de diversas acciones en el espacio público, han instalado el debate en la opinión pública y en la agenda política. Asimismo, se han recalcado las diversas rutas que estos movimientos articulan a fin de facilitar el acceso al aborto a niñas y adolescentes. Sin embargo, las mismas aún son una respuesta ante casos individuales. Como contrapartida, se observa con preocupación la presencia de grupos anti-derechos que buscan, por medio de diversas estrategias, obstaculizar el acceso a todo lo vinculado a los Derechos Sexuales y Reproductivos. Por ejemplo, la oposición de estos grupos a la implementación de la Educación Sexual integral.

Otro de los actores relevantes son los equipos de salud. En gran parte de los países hay una falta de capacitación del personal, quienes expresan temor ante la realización de un aborto a una menor de 15 años. Dicho temor se debe, en

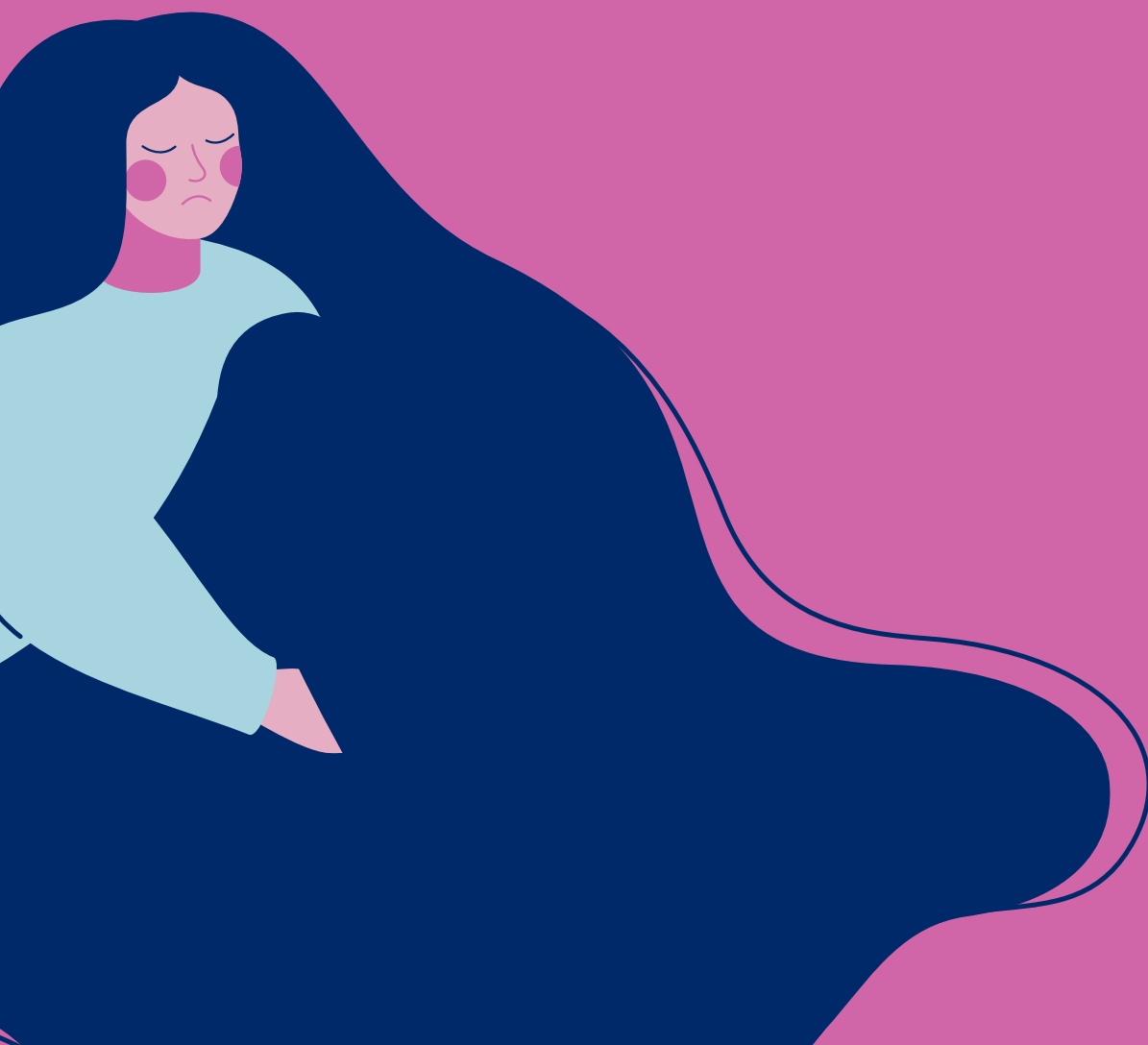
gran medida, a un desconocimiento sobre la seguridad de los procedimientos de aborto frente a los riesgos de un embarazo a término para las niñas, a la estigmatización profesional y social y el temor a posibles sanciones legales. Ante ello, se privilegia supeditar la decisión a una orden judicial, por ejemplo, o a la autorización de los familiares para dar curso a la atención, soslayando así el derecho de niñas y adolescentes a ser oídas y a su autonomía progresiva en la toma de decisiones.

Teniendo en cuenta estos puntos se señala que el abuso sexual, la violación, el embarazo no intencional y la maternidad forzada se deben en parte a las fallas del Estado en la protección de la víctima. Como forma de dar respuestas ante estas falencias, debe establecerse algún tipo de compensación hacia ella. Dicha compensación se da en el marco de tratar de cubrir las oportunidades de vida que las niñas y adolescentes han perdido por esta situación. De esta manera se establecen dos tipos de costos: de reparación o de omisión. El primero refiere a los costos para las niñas y, el segundo, alude a los costos para el Estado por no evitar que se ejerza violencia contra las niñas. Al no velar por su bienestar, el Estado incurre en una grave vulneración de derechos. El concepto de reparación es amplio y no es solo material sino también inmaterial, y puede contemplar medidas de no-repetición por parte del Estado como, por ejemplo, la adopción de una ley específica, un protocolo o una campaña de sensibilización sobre el tema de la violencia sexual contra las niñas.

La maternidad forzada produce costos gravosos ya que afecta las trayectorias vitales de las niñas, por abandono escolar, precariedad laboral y transmisión intergeneracional de la pobreza. La reparación debe consistir, por tanto, en otorgar los medios adecuados para desarrollarse en aquellas áreas de la vida que han sido afectadas. De este modo, se hace énfasis en señalar que la reparación debe ser integral y otorgar garantías para el pleno desarrollo humano de las niñas.



ESTÁNDARES DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO DE NIÑAS Y ADOLESCENTES



III.1.

Cuestión preliminar: la interpretación de los tratados internacionales de derechos humanos

A partir de la posguerra hemos presenciado el desarrollo del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH). Esta materia tuvo su momento declarativo fundacional con la Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas, aprobada el 10 de diciembre de 1948, y se ha multiplicado en numerosos tratados, declaraciones, principios y otros instrumentos internacionales. La subsidiariedad de la protección internacional nos lleva a la complementariedad del ámbito internacional de los derechos humanos y su aplicación en el ámbito interno. En su dimensión internacional, el DIDH se sostiene sobre los principios fundamentales del derecho internacional público tradicional; en su dimensión local, la aplicación interna es tratada en el ámbito del derecho constitucional, como dos esferas interdependientes.

El derecho internacional de derechos humanos es una rama específica del derecho internacional público que establece los estándares mínimos de protección común de derechos para todos los seres humanos. Es creado e interpretado a través de normas jurídicas y jurisprudencia por organismos supranacionales que tienen autoridad para ordenar y establecer los deberes de los Estados con las personas y con los demás Estados. Por estas características se ha logrado un proceso de constitucionalización del derecho internacional de los derechos humanos, esto es, el desarrollo de un derecho más vertical, que crea una suerte de orden público internacional que limita la soberanía de los Estados parte para restringir los derechos humanos de las personas.

En materia de protección de los derechos humanos, existen distintos sistemas que rigen sobre los Estados de acuerdo con su ubicación territorial. Existe un sistema universal que cubre a la mayoría de los países del mundo y sistemas regionales para Europa, Américas y África. Cada uno de estos sistemas cuenta con órganos de control para su cumplimiento, que tienen funciones de control periódico —que incluye la evaluación y emisión de observaciones e informes sobre el avance de los tratados y acuerdos suscritos—, de rectoría —que incluye la interpretación de las normas y el establecimiento de recomendaciones generales para su cumplimiento— y jurisdiccionales —para establecer sanciones por el incumplimiento—.

De tal suerte, cuando, por ejemplo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, dicta una sentencia en que establece el alcance de un derecho reconocido en la Convención Americana de Derechos Humanos, lo hace como «intérprete última de la Convención» (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2012). Esto implica que los órganos jurisdiccionales y de aplicación de los tratados tienen la última palabra sobre la interpretación, el alcance y contenido de las provisiones legales que contienen, delimitando los derechos y obligaciones de ineludible cumplimiento para los Estados.

Por ello, el contenido de los tratados y convenciones de derechos humanos tienen siempre una jerarquía superior a las leyes, ya sea un rango constitucional o supralegal —dependiendo del Estado— y debe ser aplicado de acuerdo con la interpretación establecida en las observaciones generales, informes periódicos,

sentencias individuales y recomendaciones temáticas o por país con carácter obligatorio para los Estados.

Esta aclaración resulta central para entender, por ejemplo, las obligaciones comunes de los Estados en materia de garantía de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las niñas, niños y adolescentes, incluyendo el derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE). En el caso de nuestra región estos estándares son emitidos por los órganos del Sistema de Protección de los Derechos Humanos de la Naciones Unidas y los órganos del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos y deben ser cumplidos por los Estados, bajo pena de incurrir en responsabilidad internacional.

Tratados y documentos internacionales de protección de los derechos humanos sexuales y reproductivos de las niñas

Instrumentos supranacionales	Año
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966
Convención Americana de Derechos Humanos-Pacto de San José de Costa Rica	1969
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres	1979
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	1984
Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura	1985
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «Protocolo de San Salvador»	1988
Convención sobre los Derechos del Niño [niña y adolescente]	1989
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belem do Para»	1994
Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo	1994
Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	1999
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía	2002
Directrices sobre la Justicia en asuntos concernientes a los niños [NyA] víctimas y testigos de delitos	2004
Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad	2006
Guías de Santiago sobre Protección de víctimas y testigos. Punta Cana, República Dominicana	2008
Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con Énfasis en la Prevención del Embarazo	2012
Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia	2013
Consenso de Montevideo	2013
Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible	2015
Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)	2016
Marco Estratégico Subregional de Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional del Cono Sur.	2017

III.2. El derecho a la ILE: estándares de derechos humanos para niñas y adolescentes

La protección de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes es reforzada y cuenta con unos principios especiales que garantizan que sus derechos sean protegidos de manera prioritaria y tomando en cuenta su capacidad, autonomía y condiciones individuales. Tanto en el Sistema Universal como en el Interamericano se han desarrollado 4 principios específicos para la garantía de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes.

III.2.1. Principios para la protección de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes. El interés superior del/la niño/a

De acuerdo con la interpretación del Comité de los Derechos del Niño (2013), el objetivo de este principio es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes y garantizar su desarrollo holístico. Por ello, ha señalado que: «[l]o que a juicio de un adulto es el interés superior del niño [/a] no puede primar sobre la obligación de respetar todos los derechos del niño [/a] enunciados en la Convención».

Para determinar el interés superior debe tenerse en cuenta la obligación del Estado de asegurarles la protección y el cuidado necesarios para su bienestar. El bienestar en un sentido amplio abarca sus necesidades materiales, físicas, educativas y emocionales básicas, así como su necesidad de afecto y seguridad.

Este principio se pone en juego de forma central cuando se deben tomar decisiones que afecten a niñas, niños y adolescentes, y supone elegir dentro de las opciones disponibles aquella que garantice de forma más completa la mayor cantidad de derechos, asegurando el bienestar presente y futuro de esa niña, niño o adolescente de acuerdo con su situación particular y la información de contexto disponible.

Por ello, un elemento fundamental del proceso para determinar su interés superior es la comunicación con las niñas/os. En el marco de esa comunicación, entre otras cosas, se les debería informar sobre el proceso y los posibles servicios y soluciones duraderas y pedirles opinión (Comité de los Derechos del Niño, 2013).

En el caso de niñas y adolescentes que cursan embarazos forzados, este principio obliga a tener en consideración, no solamente el deseo de la gestante, sino también la información sobre las afectaciones que el embarazo produce en la actualidad y las que producirá en su capacidad de desarrollo futuro, por ejemplo.

Autonomía progresiva

Este principio está estrechamente relacionado con los procesos de «maduración y aprendizaje por medio de los cuales los niños[/as] adquieren progresivamente conocimientos, competencias y comprensión de sus derechos y sobre como dichos derechos pueden materializarse mejor» (Comité de los Derechos del Niño, 2006).

Este principio se relaciona estrechamente con las facultades de representación y las responsabilidades parentales, de cuidado y asistencia. A estas personas deben ejercer estas acciones de cuidado con el objetivo de garantizar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Por ello sus facultades y deberes son dinámicos, se van modificando de acuerdo con las capacidades, competencias, intereses y deseos de niñas, niños y adolescentes a su cargo. Estas potestades y responsabilidades nunca pueden ser ejercidas para restringir el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, o en contra de sus intereses.

La autonomía progresiva debe ser evaluada caso a caso, tomando en cuenta el grado de madurez tanto psíquica como física y las condiciones sociales y culturales en que se desarrolla cada persona. Algunos parámetros para su evaluación son la familia, la educación, la situación socioeconómica y su relación con la tecnología (Comité de los Derechos del Niño, 2006).

En el caso de las niñas que cursan un embarazo forzado, todos los órganos de protección de derechos han recomendado que se permita, de acuerdo con su voluntad individual, acceder a la interrupción segura del embarazo (ONU, 2019; ONU, 2016; ONU, 2016a y ONU, 2016b). Las niñas desde la primera infancia deben ser escuchadas y su opinión tenida en consideración.

Participación significativa (derecho a ser oídas)

Este principio se deriva del artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño que establece:

«[l]os Estados parte garantizarán al niño[a] que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño[a], teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño[a], en función de la edad y madurez del niño[a]».

Esto no quiere decir que existe un momento a partir del cual deben ser escuchadas, sino que «es una obligación para los Estados parte de evaluar la capacidad del niño[/a] de formarse una opinión autónoma» y adaptar los procedimientos para «garantizar que se ejerza el derecho a ser escuchado asegurando la plena protección del niño[/a]» (Comité de los Derechos del Niño, 2009). El comité de Derechos del Niño reconoce, por ejemplo, que «el niño[/a]

es capaz de formarse opiniones desde muy temprana edad, incluso cuando todavía no puede expresarlas verbalmente» (Comité de los Derechos del Niño, 2009).

El Comité de los Derechos del Niño ha dicho que este principio es fundamental para el ejercicio de todos los derechos y debe ser aplicado en todos los asuntos con las adaptaciones necesarias para garantizar que esa participación sea significativa y se tomen en serio sus opiniones. Para ello es fundamental realizar ajustes en los procedimientos generales de acuerdo con el grado de desarrollo y madurez de cada niña, niño o adolescente (Comité de los Derechos del Niño, 2009).

Lo anterior implica que en los procesos de toma de decisiones deben tenerse en consideración las «condiciones específicas del menor y su interés superior para acordar la participación de este, según corresponde, en la determinación de sus derechos. En esta ponderación se procurará el mayor acceso del menor, en la medida de lo posible, al examen de su propio caso» (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2002).

«El concepto de participación pone de relieve que incluir a los niños no debe ser solamente un acto momentáneo, sino el punto de partida para un intenso intercambio de pareceres entre niños y adultos» para la toma de decisiones que afecten su vida y sus intereses (Comité de los Derechos del Niño, 2009).

Esta norma es aplicable a cada una de las decisiones relativas a la atención de salud, para ello «se les debe suministrar información sobre los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados» por medio de «asesoramiento y consejo médico confidencial sin el consentimiento de los padres, independientemente de la edad del niño[/a], en los casos que sea necesario para la protección de su seguridad o bienestar» (Comité de los Derechos del Niño, 2009).

Esta consideración es especialmente relevante en el caso de niñas y adolescentes que cursan embarazos forzados, frente a los cuales es necesario brindarles oportunidades para ser escuchadas en entornos propicios y con la información necesaria para que puedan expresar sus deseos y opiniones sobre su embarazo de forma autónoma, confidencial y privada.

No discriminación

Este principio consagrado en el artículo 2 de la Convención de los Derecho del Niño, establece que los Estados Parte asegurarán la aplicación de todos los derechos de forma que ninguna niña, niño o adolescente vea afectado el ejercicio de estos derechos por su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole origen nacional, étnico o social, posición económica, discapacidad, o cualquier otra condición propia o de sus padres o de sus representantes legales.

En este sentido, las distinciones basadas únicamente en la edad para limitar el ejercicio de derechos, como la participación o el acceso a servicios resultan discriminatorias.

Limitar el acceso a la práctica de salud reproductiva segura, como la interrupción del embarazo o imponer cargas basadas únicamente en la edad de las niñas o adolescentes que cursan un embarazo forzado, resulta discriminatorio. Los Estados deben, por el contrario, desarrollar mecanismos apropiados que les permitan un acceso prioritario a esta práctica, ya que resulta indispensable para garantizar múltiples derechos y asegurar un desarrollo adecuado, saludable y su bienestar futuro.

III.3. **Consideraciones legales básicas para la garantía de la interrupción legal del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años**

«Todos los Estados deben garantizar el acceso al aborto seguro y legal como una cuestión de derechos humanos»

(Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2019).ⁱⁱⁱ

Derecho a la vida de las niñas y adolescentes que cursan embarazos forzados

El derecho a la vida de las niñas, adolescentes y mujeres embarazadas no puede verse afectado por la regulación local de derecho al aborto (Comité de Derechos Humanos, 2019). Esto implica en el caso de las niñas y adolescentes menores de 15 años que las regulaciones no pueden restringir o prohibirles el acceso a la ILE en ningún caso.

Tal y como lo ha afirmado con toda claridad el Comité de Derechos Humanos «las restricciones jurídicas que limiten la capacidad de las mujeres para someterse a un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas ni exponerlas a dolores o sufrimientos físicos o psíquicos por cuanto ello supondría una vulneración del artículo 7 del Pacto» (Comité de Derechos Humanos, 2019). Dice, además, que los estados no deben penalizar en ningún caso a las personas que se someten a un aborto, al contrario, deben tomar medidas para facilitar el acceso para evitar que deban recurrir a abortos peligrosos.

En ese mismo pronunciamiento el Comité reconoce que el derecho a la vida protege no solo la vida biológica de las personas, sino la dignidad de vida de cada ser humano. Por tanto, entre las medidas requeridas para asegurar unas condiciones adecuadas que permitan proteger el derecho a la vida, figuran medidas a corto plazo destinadas a garantizar el acceso a servicios esenciales como la atención de la salud, en particular los servicios destinados a reducir la mortalidad materna (Comité de Derechos Humanos, 2019), como el aborto seguro.

La vida de niñas, niños y adolescentes tiene una protección especial (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966, art. 24, párr. 1); por ello, se deben tomar «las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado. Al adoptar medidas especiales de protección, los Estados parte deben guiarse por el interés superior del niño, y por la necesidad de asegurar la supervivencia y el desarrollo de todos los niños y su bienestar» (Comité de Derechos Humanos, 2019).

En este sentido, todos los comités de derechos humanos de las Naciones Unidas han emitido observaciones y recomendaciones unánimes acerca de la necesidad de despenalizar el aborto y garantizar el acceso a prácticas seguras especialmente para las niñas y adolescentes. Asimismo, jurisprudencia, tanto del sistema universal como del sistema interamericano de derechos humanos, ha reconocido que la protección de la vida en gestación no puede supeditar los derechos de las personas gestantes, ni imponerles cargas excesivas. Se ha reiterado en el mismo sentido que, el «embrión» no puede ser considerado integrante de la categoría «niñez» protegida por las convenciones de derechos humanos.^{vi}

Derecho a la salud

El derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva es imprescindible para su autonomía y su derecho a adoptar decisiones significativas sobre su vida y salud.

(Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

El Derecho a la Salud de niñas, niños y adolescentes se protege de forma reforzada y prioritaria, como todos sus derechos humanos. Implica, la protección integral de aspectos físicos, psíquicos y sociales necesarios para su bienestar y su completo desarrollo (Comité de los Derechos del Niño, 2013).

La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva no solo son parte integrante del derecho a la salud, sino que son necesarios para el goce de muchos otros derechos humanos, como el derecho a la vida, a la protección contra la tortura y los malos tratos, a la no discriminación, al igual reconocimiento como persona ante la ley, a la privacidad y al respeto de la vida familiar, la educación y el trabajo (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

Ejercicio de derecho a la salud: acceso a la información

Es unánime la posición de los organismos de protección de los derechos humanos sobre la importancia del acceso a información en salud y especialmente la relacionada con la salud sexual y reproductiva desde temprana edad.^{vii} Por ello se acuerda en que los Estados tienen la obligación de asegurar que niñas, niños y adolescentes tengan acceso a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo a fin de que puedan elegir comportamientos de salud adecuados. Debe abarcarse información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, las dietas, la salud sexual y reproductiva, los peligros de un embarazo precoz y la prevención del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (Comité de los Derechos del Niño, 2013).

Para garantizar integralmente el derecho de niñas, niños y adolescentes a la salud se deben sopesar las ventajas de todos los cursos de acción posibles frente a todos los posibles riesgos y efectos secundarios, y también debe tenerse en cuenta debidamente la opinión del/la niño/a. En este sentido, debe proporcionársele información adecuada y apropiada para que entienda la situación y todos los aspectos pertinentes en relación con sus intereses, y permitirle dar su consentimiento fundamentado (Comité de Derechos del Niño, 2011).

Ejercicio de derecho a la salud: acceso a la ILE

En materia de acceso a la ILE como garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva de niñas y adolescentes, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (2016) en su Observación General No. 22 recuerda que los Estados deben garantizar^{viii}:

- **Disponibilidad de los servicios:** para ello deben asegurar que se encuentren disponibles insumos y personal adecuado para garantizar un acceso oportuno de la calidad a las ILE. En este sentido la disponibilidad se relaciona estrechamente con el derecho a beneficiarse de los avances científicos que asiste de forma prioritaria a las niñas, niños y adolescentes.
- **Accesibilidad:** esta implica la accesibilidad geográfica a la información necesaria para decidir sobre la práctica y la asequibilidad que debe tender a la gratuidad de la provisión de la ILE en general y de forma prioritaria para niñas y adolescentes.
- **Aceptabilidad:** los servicios deben brindarse con respeto por las preferencias, condiciones y situación específica de cada niña o adolescente que requiere una ILE.
- **Calidad:** los servicios deben estar adecuados de acuerdo con la base empírica más actualizada desde el punto de vista científico y médico, y deben ser prestados por personal capacitado para incorporar las innovaciones técnicas y tecnológicas.

El mismo Comité indica que la violación del derecho a la salud sexual y reproductiva se puede dar por acción, por ejemplo, la emisión de normas que restrinjan el acceso a las prácticas, o por omisión cuando estas normas restrictivas no son derogadas o no se emite regulación —procedimientos, directrices o guías técnicas— que facilite el acceso a estos servicios.^{ix}

Protección de niñas y adolescentes como víctimas de violencia sexual

El embarazo no intencional en niñas y adolescentes menores de 15 años se relaciona en la gran mayoría de casos con situaciones de violencia, en particular violencia sexual.^x Asimismo, la mayoría de estos embarazos que son de alto riesgo para la salud y la vida de las niñas son embarazos forzados.^{xi}

El Comité de los Derechos del Niño (2011) ha reconocido que la violencia sexual ocurre con mucha frecuencia en el hogar y es perpetrada por conocidos de las niñas, niños y adolescentes abusados. En esos contextos existe un riesgo importante de embarazos forzados, por ello ha recomendado en numerosas oportunidades que se garanticen los servicios de salud reproductiva, incluyendo la ILE para evitar la vulneración de otros derechos de las niñas y adolescentes, en particular el derecho a la vida.^{xii}

La Convención de Belém do Pará establece que las víctimas de violencia sexual tienen derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos sus derechos humanos, y «ello solo es posible de alcanzar con un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia».^{xiii} La CIDH también observa que la salud de las víctimas de violencia sexual debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y en las políticas y programas de salud de los Estados.^{xiv} En particular, «los Estados deben garantizar la atención de la salud física y mental a las víctimas de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, en particular el acceso a servicios de prevención posterior a las agresiones, anticonceptivos de emergencia y servicios de aborto sin riesgo» (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

Asimismo, el Comité Derechos Humanos ha reconocido que los Estados están obligados como mínimo a «garantizar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando estén en peligro la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada, cuando el hecho de proseguir con el embarazo cause un dolor o sufrimiento considerable a la mujer o la niña, particularmente cuando el embarazo sea el resultado de una violación o un incesto o no sea viable» (Comité de Derechos Humanos, 2019).

En los casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes todos los organismos de protección de los derechos humanos han reconocido que no solo se debe permitir el acceso a la ILE para proteger la dignidad de las víctimas que cursan embarazos forzados, sino también porque es una forma de evitar que recurran a abortos peligrosos.^{xv}

Protección de la integridad personal de las niñas y adolescentes

Todos los organismos de protección de los derechos humanos han reconocido que la criminalización y la inaccesibilidad al aborto afectan la seguridad personal y son incompatibles con el derecho a no sufrir torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.^{xvi} Asimismo, se ha considerado que la falta de accesibilidad al aborto de las niñas víctimas de violencia sexual, así como la criminalización de estos abortos, constituyen actos de discriminación.^{xvii}

El Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en su informe sobre la tortura en entornos de atención de la salud (2013), determinó que la obligación de continuar embarazos forzados es una forma de tortura, así como la negación del acceso a interrupciones seguras del embarazo en esos casos.^{xviii}

Jurisprudencia internacional de todos los sistemas universal y regionales, ha reconocido que el acceso a la ILE en caso de niñas y adolescentes es una obligación de los Estados y que debe ser garantizado en condiciones de seguridad, calidad y buen trato de acuerdo con los estándares técnicos y las buenas prácticas sanitarias más actualizadas.^{xix}

El Comité de los Derechos del Niño ha recomendado que los gobiernos se aseguren de que los niños y niñas tengan acceso a asistencia y asesoramiento médico confidenciales sin el consentimiento de sus padres, incluso para servicios de salud reproductiva.^{xx}

05/

CAPÍTULO IV

DIMENSIONES CLAVE DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN^{xxi,xxii}



Como resultado del trabajo participativo en el Taller «Aportes para la construcción de lineamientos para el acceso al aborto de niñas y adolescentes menores de 15 años»^{xxiii} y tomando en cuenta los documentos presentados, se identificaron lineamientos básicos a fin de delimitar criterios y parámetros que guíen la elaboración de protocolos de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años principalmente dirigido al sector salud. Al mismo tiempo, se reconoció que se deben sentar bases e instrumentos para permitir un trabajo intersectorial en ámbitos centrales como protección social, salud, educación y justicia; y que pueda ser luego adecuado al contexto normativo de cada país.

En conjunto, se insta a los Estados a realizar un esfuerzo conjunto para la elaboración y consolidación de recomendaciones en pos de avanzar en el desarrollo y la aplicación de estándares de actuación que garanticen los derechos humanos de niñas y adolescentes. Ello contribuirá a promover una atención oportuna y de calidad en la emergencia y en el seguimiento posterior, así como a la reparación del daño generado debido a las diversas y múltiples situaciones de vulnerabilidad que atraviesan estas niñas y adolescentes a lo largo de sus vidas.

IV.1

DetECCIÓN oportuna del embarazo

La falta de sospecha del abuso y la escasa alarma de los equipos de salud cuando enfrentan el embarazo en una niña, así como el requisito de contar con la compañía de un adulto para ser atendida, traen como consecuencia que la detección del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años resulte tardía. Por ello debe darse prioridad a la atención de niñas y adolescentes embarazadas, sospechar de una situación de coacción, abuso y/o violencia y considerar un embarazo a estas edades, siempre, como una urgencia. Asimismo, es preciso tener presente los condicionantes del embarazo a temprana edad, la amplísima mayoría de las veces, consecuencia de situaciones de abuso intrafamiliar (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019; Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014; Ministerio de Salud Pública et al, 2019).

Por estas razones, los protocolos deben enfatizar la necesidad de que los equipos de salud estén capacitados y sean sensibles a consultas inespecíficas, por dolor abdominal, molestias o ausencia de la menstruación o flujo vaginal, y consecuentemente hacer una evaluación clínica que, sin ser invasiva, pueda detectar un posible embarazo y/o posible infección de transmisión sexual. También entender que la sensibilidad y la escucha activa permitirán detectar si el embarazo es producto de una situación abusiva en el ámbito intrafamiliar, o si es una niña prostituida. Existen otras situaciones en las que la propia niña oculta el embarazo porque no quiere que su madre o su familia se entere que tiene relaciones sexuales. También deben considerarse las situaciones en las que las madres de las niñas y adolescentes sienten la carga de la culpa y el estigma, y por ello niegan los síntomas, se retrasa así la detección del embarazo y la necesaria atención.

En cualquier caso, las instituciones que interactúan con niñas y adolescentes, y en particular el sector salud, deben establecer como prioridad la detección temprana de situaciones de abuso y consecuentemente la detección temprana de embarazos en este grupo etario.

En las situaciones donde se confirme el embarazo no intencional de una adolescente menor de 15 años, deberán tomarse los recaudos pertinentes ante el riesgo cierto o la sospecha de violencia sexual tanto para la relación que generó ese embarazo, como en su trayectoria sexual previa. Si bien el embarazo puede ser producto de una relación sexual libre y consentida, entre pares, sin un desbalance de poder —por razón de edad, posición social, económica, entre otras—, y sin violencia; no debe asumirse dicho embarazo como resultado de una planificación o deseo previo. En su mayoría, las niñas y adolescentes desconocen las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección, o no han contado con los medios adecuados para prevenirlo —falta de información sobre salud sexual y acceso a métodos anticonceptivos—.

La estimación precisa de la edad gestacional es clave, tanto como el diagnóstico temprano, dado que serán determinantes de las opciones que puedan ofrecerse a la niña o adolescente. Los resguardos recomendados por las guías de la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones intergubernamentales enfatizan las actitudes empáticas a la vez que neutrales en la realización de la ecografía, además de la anulación del volumen del monitor fetal y consulta acerca de ver las imágenes (OMS, 2012), y guías nacionales.

IV.2. Consejería en opciones

Impulsar la conformación de una consejería en opciones y derechos resulta estratégico a fin de brindar una atención integral cuando se trata de niñas y adolescentes. Ello también es imprescindible para que ellas puedan tomar decisiones de acuerdo con sus competencias y su autonomía progresiva. Es necesario que se brinde información adecuada y oportuna, basada en los derechos que la asisten, en la evidencia científica sobre su estado físico clínico, los riesgos que conlleva un embarazo a término en esas edades, los procedimientos disponibles para realizar una interrupción segura, los cursos de acción que los organismos de protección y apoyo deben ofrecerle, así como

sobre otras opciones disponibles según el marco legal e institucional. La consejería en opciones debe considerar la presencia de una persona adulta, significativa, para la niña o adolescente. Esta consideración no solo responde a las necesidades emocionales de la niña sino también, en algunos países, a los requerimientos normativos. Sin embargo, no debe asumirse que esa persona significativa deba ser alguno de sus progenitores y, en cualquier caso, debe evaluarse junto con la niña o adolescente el deseo de que esté presente. En caso de que ella lo consienta, se sugiere que la información sea transmitida y expresada en términos sencillos para que sean las mismas niñas y adolescentes quienes puedan tomar la decisión en forma informada y libre de condicionamientos. Adicionalmente, la consejería debe ser permeable a otras preguntas, consideraciones y dudas que la persona significativa para la niña pueda realizar, siempre resguardando el rol protagónico de la niña o adolescente y previniendo situaciones de coacción o sustitución de la voluntad o del consentimiento.

Dada la situación de vulnerabilidad de la niña y/o adolescente el abordaje deberá realizarse desde un único equipo de salud para evitar situaciones de revictimización. Ante ello, se recomienda contar con:

- Pautas de actuación claras y precisas de derivaciones y de abordajes de niñas y adolescentes en el sistema de salud.
- Pautas de actuación dentro del sistema educativo a fin de realizar una derivación oportuna y con perspectiva de derechos de las niñas con sospecha o confirmación de embarazo.
- Pautas para la articulación con la autoridad de protección de derechos de la infancia y adolescencia local, para las posibles medidas de protección y el acceso a la justicia en los casos pertinentes.

Por lo tanto, en todos los casos debe garantizarse un abordaje integral e intersectorial, y para ello es clave la elaboración de pautas claras y articulaciones interinstitucionales que permitan dar curso a derivaciones y referencias oportunas que acompañen a la niña y adolescentes en el proceso de atención, y resguarden su bienestar y sus derechos. Para el desarrollo de cada una de estas pautas deberán considerarse las posibilidades y recursos sanitarios y de protección, así como las condiciones legales habilitantes en cada país en materia de acceso al aborto por causa de violación y riesgo para la salud o la vida, así como para la denuncia y proceso penal de un abuso en niñas y adolescentes.

La anticoncepción posevento obstétrico debe formar parte de la consejería integral antes de la interrupción del embarazo o del parto y durante todo el proceso de atención. Es decir, potenciar las oportunidades para que la niña o adolescente llegue al evento obstétrico con una decisión tomada. Para ello se deberá brindar información adecuada y acorde al desarrollo de su autonomía progresiva y a la situación psicosocial, sobre si quiere utilizar un método anticonceptivo y qué tipo de método prefiere.^{xxiv} Se sugiere por tanto realizar una evaluación de las condiciones particulares de la niña y adolescente, y ofertar y proveer métodos anticonceptivos de larga duración puesto que son los que más y mejor protegen a esta población.

IV.3.

Manejo clínico y apoyo psicosocial

La activación del protocolo se deberá realizar ni bien se tenga sospecha de violencia en el embarazo. Ante ello, la función del personal es la de acompañar a la niña y adolescente a lo largo de todo el proceso, favoreciendo con información adecuada y precisa las oportunidades para que puedan tomar decisiones de manera autónoma e informada, incluyendo la evaluación de las diferentes posibilidades: interrumpir o continuar el embarazo para materner o dar en adopción.

Los equipos deben contar con profesionales capacitados con el objeto de brindar una escucha y atención atenta y activa a las niñas y adolescentes. En tal sentido, resulta necesario fortalecer la formación de profesionales capaces de brindar apoyo emocional y un cuidado oportuno en base a evidencias científicas, con abordaje de derechos y perspectiva de género. A su vez, se sugiere hacer énfasis en los principios enunciados en los marcos internacionales de los derechos humanos, con especial énfasis en la confidencialidad. En este último aspecto, se encuentran: el secreto profesional, el cuidado sensible y el derecho de las personas a la información y a ser protegidas.

Uno de los temas que mayor temor e incertidumbre genera dentro de los integrantes de los equipos que atienden a niñas y adolescentes embarazadas es el proceso de consentimiento de la niña y la toma de decisión. Es así que, en muchos casos, la voz de la niña queda silenciada, o en el mejor de los casos mediada, por las interpretaciones del adulto que acompaña o del propio equipo de salud. Si bien los marcos normativos pueden exigir el asentimiento o consentimiento de un progenitor o adulto, la niña tiene derecho a ser escuchada y su voz es clave en el proceso de toma de decisiones. A fin de neutralizar esta espontánea mirada adultocéntrica, es necesario que se le brinde información adecuada y precisa, y se promueva activamente su participación en cada etapa del proceso de atención. En este sentido, el equipo tiene el deber de transparencia activa, esto es, brindar información que, aunque no fuera solicitada explícitamente, permita y facilite el proceso de consentimiento informado y la garantía del derecho a la información.

Transparencia activa. Las/os profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje y con formato accesibles.

Se sugiere que las actividades del equipo de salud se dirijan no solo a las intervenciones relativas al cuidado clínico y ginecológico-obstétrico —debido a que se trata siempre de un embarazo de alto riesgo—, sino que también se acompañe a la niña y adolescente a transitar el proceso de toma de decisiones.

IV.4. Seguimiento integral

Las niñas y adolescentes con embarazos forzados requieren de un seguimiento integral e intersectorial que va más allá de la decisión de interrumpir o de continuar con el embarazo. Por ello es necesario que el trabajo se articule con distintas áreas e instituciones como educación, protección social y justicia.

La atención no concluye en la resolución de la urgencia o en el aborto/parto. El seguimiento de la niña y/o adolescente embarazada con el fin de observar la evolución de su condición física, emocional y social, así como las intervenciones para mitigar el impacto que tuvo la situación del embarazo, en su vida —y del embarazo forzado en particular— son necesarias para garantizar su reincorporación a la escuela y a la comunidad.

Dadas las condiciones y situaciones de vulnerabilidad de la niña y adolescente embarazada, la atención y el abordaje no solo reside en la atención del evento obstétrico y el egreso institucional, sino que requiere la implementación de estrategias integrales para acompañar la restitución del bienestar y la salud, evitando la revictimización. Consecuentemente, este seguimiento deberá considerar:

- La articulación con el sistema educativo para la permanencia o la reinserción escolar de la niña o adolescente;
- el seguimiento integral del equipo y con atención psicosocial;
- la continuidad al tratamiento de salud mental en las situaciones de violencia;
- la observancia de la situación de delito en caso de abuso para la presentación de la denuncia penal correspondiente.

IV.5. Calidades y características del equipo interviniente

Considerando que el problema del embarazo forzado tiene múltiples determinantes y diversas consecuencias que impactan en la salud psicofísica y social de las niñas y adolescentes, debe preverse un abordaje multidisciplinario e intersectorial. En tal sentido, se sugiere brindar opciones y respuestas que aborden con la mayor amplitud posible las múltiples dimensiones que son causa y también efecto de esta situación.

Se recomienda que el protocolo dé cuenta de la relevancia y necesidad de la educación sexual integral para el desarrollo de competencias subjetivas, y dé información para prevenir y enfrentar situaciones de abuso y violencia. También que informe sobre la necesidad de identificar interlocutores válidos en la institución educativa —como en el sistema de justicia— para asegurar su involucramiento en el abordaje de estos casos. La capacitación y el entrenamiento adecuados de los equipos de salud en atención clínica y gineco-obstétrica de niñas y adolescentes, con perspectiva de derechos y de género son requisitos para la conformación de los equipos de atención.

Asimismo, la conformación del equipo deberá ser multidisciplinaria, integrada por profesionales médicos, de la salud mental y del ámbito del trabajo social. Ello facilitará dar cuenta de las interacciones entre las dimensiones de la salud y potenciará la evaluación de las circunstancias familiares y comunitarias, así como también contribuirá a detectar redes de apoyo y contención para la niña o adolescente. Es necesario atender la situación de muchas comunidades en las cuales la conformación de un equipo con las características mencionadas es inalcanzable dado que solo se cuenta con un/a médica/o, obstetra o matrona, y/o un/a enfermera/o. En estos casos, brindar acompañamiento y asistencia técnica a distancia o con un equipo itinerante es una alternativa que merece considerarse tanto para la situación puntual como para el seguimiento posterior.

IV.6. Indicadores para relevar

En vista a la muy escasa información específica de este grupo poblacional, se deben impulsar registros e investigaciones para relevar y sistematizar datos sobre la situación de los embarazos y las maternidades forzadas de niñas y adolescentes menores de 15 años.

Contar con datos fehacientes, sistemáticos y agregados, no solo permitirá la elaboración de políticas públicas basadas en un diagnóstico preciso de la situación y de las necesidades reales, sino que también permitirá elaborar argumentos sólidos para neutralizar los posibles embates de sectores de la sociedad contrarios al reconocimiento del interés superior de niñas y adolescentes, su autonomía progresiva y sus derechos sexuales y reproductivos.

La disponibilidad de indicadores sociodemográficos y sanitarios —como la magnitud absoluta y relativa de niñas y adolescentes que paren y que abortan, y la mortalidad materna general y por causa en este grupo de edad—; de indicadores de proceso —como la morbilidad asociada a los episodios reproductivos, la accesibilidad de métodos anticonceptivos posevento obstétrico y la implementación de los protocolos de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años—; y de indicadores de proceso y resultado —como número de consultas con el equipo psicosocial, continuación de la trayectoria escolar, internaciones durante el embarazo, morbilidad severa, peso al nacer, complicaciones en el posparto inmediato, entre otros—, permitirán medir costos individuales y para el Estado y, con ellos, generar modelos de intervención costo-efectivos para la prevención de este problema a futuro y la reparación de los derechos.

La reparación es el derecho reconocido internacionalmente que tienen las niñas forzadas a ser madres a ser compensadas por los daños sufridos. Esta es una obligación del Estado derivada de su responsabilidad internacional y es un derecho fundamental de las víctimas. El embarazo y la maternidad forzada de niñas y adolescentes menores de 15 años, abarca una serie de vulneraciones que deben ser reparados de manera integral. El derecho internacional establece distintas formas de reparación para resarcir las violaciones manifiestas de los derechos humanos; sin embargo, no todas son posibles de aplicación para el caso de las niñas forzadas a ser madres (Vara Horna, 2019).

Entre las formas de reparación posibles, la compensación —indemnización— refiere a toda forma específica de reparación que busca otorgar recompensas económicas o monetarias por ciertas pérdidas, ya sean materiales o inmateriales. Cubre diversas reparaciones por daños físicos y mentales, oportunidades perdidas, incluyendo empleo, educación y beneficios sociales; daños materiales y pérdida de ganancias, incluida la pérdida de ganancia potencial, daño moral; así como los costos requeridos para asistencia legal o pericial, medicina y servicios médicos, y servicios sociales y psicológicos.

Otra forma de reparación es la rehabilitación, que tiene como propósito proporcionar a las víctimas todos los servicios esenciales que sean necesarios para ayudarlas a continuar con su vida de manera digna. Lo mínimo que puede exigirse para las víctimas de maternidad forzada por violación, considerando la gravedad del daño sufrido, debe ser el acceso a servicios de salud física y mental adecuados y oportunos. La rehabilitación no está limitada solo a servicios de salud ni a la niña. Puede cubrir también a sus padres o tutores/as quienes asumen la representación y las consecuencias colaterales de la negativa de aborto. Las niñas madres, por ley, son aún dependientes de sus padres o tutores/as, quienes tienen la obligación de cubrir sus necesidades y velar por sus intereses. Son ellos/as quienes subsidian el costo de la mayoría de las consecuencias perniciosas, destinando dinero y tiempo proveniente de sus ahorros, préstamos o trabajo remunerado y trabajo no remunerado.

La satisfacción es otra de las medidas reparatorias y busca proporcionar bienestar y contribuir a mitigar el dolor de la víctima, a través del restablecimiento de la dignidad de la víctima y difusión de la verdad sobre lo sucedido.

El documento *Los costos de reparación en niñas menores de 15 años forzadas a ser madres producto de violación sexual* encargado por CLACAI (Vara Horna, 2019), realiza una propuesta metodológica para estimar los costos de reparación integral. Esta propuesta considera la rehabilitación integral de daño físico y mental, los costos para compensar la pérdida de oportunidades, los costos por el daño moral infligido y los costos por daños al proyecto de vida. Es así que considera costos materiales —lucro cesante, gastos de bolsillo para la atención— como inmateriales —pérdidas de oportunidad, daño moral, sufrimiento—.

Debido a que estas categorías son genéricas se requiere de investigaciones especializadas en costos para su validación empírica. Estas investigaciones serán posibles si se cuenta con indicadores provenientes de estadísticas vitales, organismos de protección y educación, e instituciones de salud. En el caso de estas últimas, poder proveer información sobre las trayectorias de las niñas y adolescentes —detección, tiempos, organismos contactados, acceso efectivo a

atención—, así como sobre los costos materiales sufridos, resulta relevante para que el Estado garantice el derecho de reparación a niñas y adolescentes.

Complementariamente, la disponibilidad de datos e indicadores facilita una incidencia informada que puede dar cuenta también de los costos de omitir la implementación de políticas públicas destinadas a intervenir sobre este problema en esta población.

Por todas estas razones, resulta imperiosa la elaboración de estadísticas diferenciadas y específicas para este grupo de edad, así como de indicadores de servicios —disponibilidad de equipos especializados en adolescencia, implementación de prácticas incluidas en protocolos de atención, tiempo transcurrido entre la sospecha del embarazo y confirmación, entre otros— y sociodemográficos —escolaridad al momento de la detección, edad gestacional en la interrupción o parto, antecedentes de abuso/violencia—. La información es un insumo estratégico para una política y una incidencia informadas.

IV.7. Funciones de los diversos actores

El protocolo debe contemplar las responsabilidades y funciones indelegables de los distintos actores institucionales involucrados en la protección de derechos de niñas y adolescentes embarazadas, independientemente del organismo estatal a través del cual se realice la detección o se tome conocimiento del embarazo. El protocolo debe contemplar las acciones que son obligación de los agentes del Estado de acuerdo con marco normativo vigente —reporte, denuncia y/o notificación a los sistemas de protección—. La articulación con el sector de justicia es mandatoria si el abuso sexual y la violación se reconocen como delito. Sin embargo, la atención de la niña o adolescente, el asesoramiento en opciones y la interrupción del embarazo —si esa fuera la decisión— no deben supeditarse a los tiempos judiciales o de otros sectores estatales. La atención integral y de calidad también depende de la oportunidad y celeridad con que se realice y por tanto no debe sufrir dilaciones de ningún tipo y por ninguna razón.

El gran desafío es que la actuación del equipo de salud sea acorde a la normativa vigente de cada país, que contribuya a la protección de la niña o adolescente en situación de vulnerabilidad, sin generar una revictimización, y que tenga como fin último la reparación del daño generado, o sea, que la atención de la salud sea reparadora en el caso de la interrupción legal del embarazo. En este sentido, se insta al trabajo articulado con los sistemas de protección y de salud con el objeto de garantizar sus derechos en la atención y la reparación del daño.

Por último, los protocolos pueden también incluir consideraciones sobre el rol de los medios de comunicación tanto para comunicar casos específicos como para sensibilizar sobre el embarazo forzado en niñas y adolescentes. Estas consideraciones deben realizar una apelación fuerte a la protección de la identidad de la niña, a evitar la revictimización y/o a la banalización de las circunstancias que la rodean y a su entorno cercano. Asimismo, los medios de

comunicación pueden ser parte de una estrategia de difusión para poner en la agenda pública temas que abarquen desde políticas sobre sexualidad en la niñez hasta la importancia de la educación sexual integral para el reconocimiento de la coerción y violencia sexual en niñas/os y adolescentes. En esta misma línea, se recomienda la incorporación de enfoques que integren las dimensiones de masculinidades y diversidades.

IV.8. ¿Qué no debe incluir un protocolo?

Los consensos surgidos de la reunión convocada por CLACAI refuerzan propuestas contempladas en los protocolos recientemente elaborados en Argentina y Uruguay con relación a supuestos y prácticas deletéreas que no deberían incluirse en las guías de atención (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019; y Ministerio de Salud Pública, et al, 2019). Esas propuestas se refieren a los posicionamientos de los equipos frente al embarazo de una niña o adolescente, así como a recomendaciones explícitas para los procedimientos diagnósticos y los tratamientos.

Entre esas sugerencias se destacan que los protocolos:

- No deben asumir la naturalización ni el deseo de embarazo en niñas y adolescentes.
- No deben asumir relaciones sexuales consentidas y por tanto convocar a la pareja de la niña o adolescente sin una evaluación integral y expreso consentimiento de la niña o adolescente.
- No deben invisibilizar la coacción, la violencia y el abuso al que pueden estar sometidas niñas y adolescentes en su entorno familiar y social y que puede ser uno de los determinantes que ha contribuido al embarazo.
- No deben asumir que la niña o adolescente «no se cuidó porque no quería» El acceso a información y métodos anticonceptivos es aún restringido, los determinantes son complejos y exceden la expresión de voluntad de la niña o adolescente.
- Los embarazos forzados de niñas y adolescentes deben –en todos los casos– considerarse como situaciones excepcionales y, por tanto, no deben establecerse límites de edad gestacional para la interrupción del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos. "Pacto de San José de Costa Rica". Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0001.pdf>
- Azevedo et al. (2012). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC: Banco Mundial.
- Binstock, G., y Pantelides, A. (2005). La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. En M. Gogna (Coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas* (pp. 77-112). Buenos Aires: CEDES/UNICEF/Ministerio de Salud de la Nación.
- Brizuela, V., Ábalos, E., Ramos, S., y Romero, M. (2014). *El embarazo en la adolescencia. Hoja Informativa 10*. Buenos Aires: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.
- Casas Isaza, X., Cabrera, O., Reingold, R., y Grossman, D. (2015). *Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años. Planned Parenthood*. Nueva York: Planned Parenthood Federation of America.
- Chejter, S. (2019). *Modelos de intervención en casos de abusos sexuales y embarazos de niñas menores de 15 años. Plan de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia*. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Plan ENIA.
- Cinar, N., y Menekse, D. (2017). Effects of adolescent pregnancy on health of baby. *Open Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 2(1), 12-23.
- CLADEM. (2016). *Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Asunción: CLADEM.
- Coalición Internacional Por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). Observación general núm. 22. relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). U.N. Doc. E/C.12/GC/22.
- Comité de Derechos Humanos. (2017). Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf
- Comité de los Derechos Niño (2006). Observación General No. 7, Realización de los derechos del niño en la primera infancia, 40º período de sesiones (2006), U.N. Doc. CRC/C/GC/7/Rev.1
- Comité de los Derechos del Niño. (2009). Observación General 12. El derecho del niño a ser escuchado. U.N. Doc. CRC/C/GC/12.
- Comité de los Derechos del Niño. (2011). Observación general Nº 13. Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. U.N Doc. CRC/C/GC/13.

- Comité de los Derechos del Niño. (2013). Observación general N° 14. Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), U.N. Doc. CRC/C/GC/14.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., y Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (192), 342-349.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2002). Opinión Consultiva OC-17/2002. Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") vs. Costa Rica. Recuperado de <http://bcn.cl/1r49q>
- Crosby, R. A., y Holtgrave, D. R. (2006). The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. *Journal of Adolescent Health*, (38), 556-559.
- Escobar, J. C., Ariza Navarrete, S., y Keller, V. (2019). *Embarazo y Maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Línea de base para la elaboración de lineamientos de abordaje integral*. Lima: CLACAI.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., y Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(1), Suppl 1:40-8.
- Giovagnoli, P., y Vezza, E. (2009). *Early childbearing and educational outcomes. Quantitative assessment*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gogna, M., y Binstock, G. (2017). *Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF.
- Gold, R., Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lynch, J. W. and Connell, F. A. (2001). Ecological Analysis of Teen Birth Rates: Association with Community Income and Income Inequality. *Maternal and Child Health Journal*, 5(3), 161-167.
- Kågesten, A., Gibbs, S., Blum, R.W., Moreau, C., Chandra-Mouli, V., Herbert, A., et al. (2016) Understanding Factors that Shape Gender Attitudes in Early Adolescence Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS ONE*, 11(6), e0157805.
- Lloyd C. B. (2006). Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/337e/ba44652ff1923a4b5eda5e4eded49aad2f54.pdf>
- Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Administración Nacional de Educación Pública, Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay et al. (2019). Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional

- en adolescentes. Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. Recuperado de <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>
- Mmari, K., y Sabherwal, S. (2013). A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an update. *Journal of Adolescent Health*, 53(5):562-572.
- Naciones Unidas. (2015). World fertility patterns. Recuperado de www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/worldfertility-patterns-2015.pdf
- Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2019). International Safe Abortion Day. Recuperado de <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25066&LangID=E>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- OMS. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud 2ª ed. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=7D3BCE2E51EA5ABD-0BEFED9C7BD78BB5?sequence=1
- OMS. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/47/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
- ONU. (2016). Informe de seguridad y salud en el Grupo de Trabajo de la ONU sobre discriminación contra la mujer. Recuperado de http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/32/44#sthash.LwS545RE.dpuf
- ONU. (2016a). Informe sobre el derecho a la salud de los adolescentes por el Relator Especial de la ONU sobre la salud. Recuperado de http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/32/32
- ONU. (2016b). Informe sobre las perspectivas de género por el Relator Especial de la ONU sobre la tortura. Recuperado de http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/31/57
- ONU. (2019). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/74/137>
- OPS, UNFPA, y UNICEF. (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EEUU)*. Washington D.C.: OPS.
- Pantelides, E. A. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En CELADE (Ed.), *La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?* (pp.167-182). Santiago de Chile: CEPAL
- Rios Neto, E., y Miranda Ribeiro, P. (2009, setiembre). *Intra and intergenerational consequences of teenage childbearing in two Brazilian cities: exploring the role of age at menarche and sexual debut*. Presentado en XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech.
- Samadari, G., y Speizer, L. (2010). Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. *International Perspectives. Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 26-35.

- Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001539cnt-atencion-menores-15-hoja-ruta.pdf>
- Sedgh, G., Finer, L.B., Bankole, A., Eilers, M.A., y Singh S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescence*, 56(2), 223-230.
- UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013*. Nueva York: UNFPA.
- UNFPA. (2019). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Argentina. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América latina y el Caribe – MILENA 1.0*. Argentina: UNFPA.
- UNFPA. (2019a). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe MILENA*. Asunción: UNFPA.
- United Nations Human Rights. (2019). International Safe Abortion Day. Recuperado de <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25066&LangID=E>
- Vara Horna, A. A. (2019). *Los costos de reparación en niñas menores de 15 años forzadas a ser madres producto de violación sexual*. Lima: CLACAI.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., y Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641-1652.
- WHO. (2020). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

- i Las principales fuentes de información sobre el embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años son: 1) datos retrospectivos recogidos en encuestas domiciliarias en las que se pregunta a mujeres mayores por la edad de su primer parto, 2) datos censales, y 3) estadísticas vitales.
- ii Se denomina bono demográfico cuando la cantidad de personas que están en condiciones de ingresar al mercado laboral es mayor que las personas dependientes. Es decir, la relación de dependencia —la cantidad de personas pasivas por cada trabajador activo— desciende (UNFPA, 2019).
- iii Declaración disponible en inglés. Existe un antecedente en la Declaración conjunta de expertos de derechos humanos de la ONU, la Relatora especial sobre los derechos de las mujeres de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los relatores especiales sobre los derechos de las mujeres y los defensores de derechos humanos de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, septiembre de 2015.
- iv Ver, por ejemplo, Observaciones finales del CDH sobre El Salvador, Doc. de la ONU CCPR/C/SLV/CO/7 (2018); Guatemala, Doc. de la ONU CCPR/C/GTM/CO/4 (2018); El Líbano, Doc. de la ONU CCPR/C/LBN/CO/3 (2018); Camerún, Doc. de la ONU CCPR/C/CMR/CO/5 (2017); la República Democrática del Congo, Doc. de la ONU CCPR/C/COD/CO/4 (2017); la República Dominicana, Doc. de la ONU CCPR/C/DOM/CO/6 (2017); Jordania, Doc. de la ONU CCPR/C/JOR/CO/5 (2017); Mauricio, Doc. de la ONU CCPR/C/MUS/CO/5 (2017); Honduras, Doc. de la ONU CCPR/C/HND/CO/2 (2017); Madagascar, Doc. de la ONU CCPR/C/MDG/CO/4 (2017); Pakistán, Doc. de la ONU CCPR/C/PAK/CO/1 (2017); Bangladés, Doc. de la ONU CCPR/C/BGD/CO/1 (2017); Marruecos, Doc. de la ONU CCPR/C/MAR/CO/6 (2016); y Ecuador, Doc. de la ONU CCPR/C/ECU/CO/6 (2016); Observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño sobre Guatemala, Doc. de la ONU CRC/C/GTM/CO/5-6 (2018); Islas Marshall, Doc. de la ONU CRC/C/MHL/CO/3-4 (2018); Palaos, Doc. de la ONU CRC/C/PLW/CO/2 (2018); Panamá, Doc. de la ONU CRC/C/PAN/CO/5-6 (2018); Islas Salomón, Doc. de la ONU CRC/C/SLB/CO/2-3 (2018); Sri Lanka, Doc. de la ONU CRC/C/LKA/CO/5-6 (2018); Malawi, Doc. de la ONU CRC/C/MWI/CO/3-5 (2017); Arabia Saudita, Doc. de la ONU CRC/C/SAU/CO/3-4 (2016); Sierra Leona, Doc. de la ONU CRC/C/SLE/CO/3-5 (2016); Haití, Doc. de la ONU CRC/C/HTI/CO/2-3 (2016); Perú, Doc. de la ONU CRC/C/PER/CO/4-5 (2016); Kenia, Doc. de la ONU CRC/C/KEN/CO/3-5 (2016); e Irlanda, Doc. de la ONU CRC/C/IRL/CO/3-4 (2016); Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) sobre Ecuador, Doc. De la ONU E/C.12/ECU/CO/3 (2012), párr. 29; la República de Corea, Doc. de la ONU E/C.12/KOR/CO/4 (2017); Filipinas, Doc. de la ONU E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); Kenia, Doc. de la ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016); y Pakistán, Doc. de la ONU E/C.12/PAK/CO/1 (2017).
- v Whelan vs. Irlanda, CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017); Mellet vs. Irlanda, CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016); K.L. vs. Perú, CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); y L.M.R. vs. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011).

- vi The European Court of Human Rights (Second Section), Case of Costa and Pavan v. Italy (Application no. 54270/10), Judgment, Strasbourg, 28 August 2012; Corte Interamericana de Derechos Humanos, Aetavia Murillo, y otros (Fertilización in Vitro) vs. Costa Rica, Sentencia de 28 de noviembre de 2012.
- vii Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General No. 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003); Comisión Interamericana de Derechos Humanos, "Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos", OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61. Comité DESC, Observación general No. 14. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. U.N Doc. E/C.12/2000/4, CESCR (2000)
- viii Ver también, Observaciones finales del Comité DESC sobre la República de Corea, Doc. de la ONU E/C.12/KOR/CO/4 (2017); Pakistán, Doc. de la ONU E/C.12/PAK/CO/1 (2017); Honduras, Doc. de la ONU E/C.12/HND/CO/2 (2016); Polonia, Doc. de la ONU E/C.12/POL/CO/6 (2016); Filipinas, Doc. de la ONU E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); Costa Rica, Doc. de la ONU E/C.12/CRI/CO/5 (2016); Kenia, Doc. de la ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016); y Macedonia, Doc. de la ONU E/C.12/MKD/CO/2-4 (2016).
- ix En relación con la recomendación de emitir regulación para garantizar el acceso a los abortos seguros, ver por ejemplo: Observaciones finales del Comité DESC sobre España, Doc. de la ONU E/C.12/ESP/CO/6 (2018); México, Doc. de la ONU E/C.12/MEX/CO/5-6 (2017); Moldavia, Doc. de la ONU E/C.12/MDA/CO/3 (2017); Uruguay, Doc. de la ONU E/C.12/URY/CO/5 (2107); Polonia, Doc. de la ONU E/C.12/POL/CO/6 (2016); y Costa Rica, Doc. de la ONU E/C.12/CRI/CO/5 (2016).
- x Ver estudios recientes como: Ministerio de Salud de las Nación Argentina, Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas Abordajes institucionales desde el sistema de salud y su articulación con educación, justicia y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires, UNFPA y Unicef Argentina, OMS/OPS, 2019; Análisis de causalidad del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. Subgrupo para la erradicación del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. México, 2018.
- xi Ídem
- xii Ver (ONU, 2019; ONU, 2016; ONU, 2016a y ONU, 2016b)
- xiii Comité de Expertas (CEVI) del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención de Belém Do Pará (MESECVI), "Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos", OEA/Ser.L/II.7.10, 19 de septiembre de 2014

- xiv Ver. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Paulina Del Carmen Ramírez Jacinto vs. México, Petición 161-02, Solución Amistosa, Informe N° 21/07, 9 de marzo de 2007.
- xv Ver por ejemplo, Observación General 28, Comité de Derechos Humanos Observaciones finales del CDH sobre Ecuador, CCPR/C/ECU/CO/6 (2016); Comité CEDAW sobre Chile, Doc. de la ONU CEDAW/C/CHL/CO/7 (2018); Fiyi, Doc. de la ONU CEDAW/C/FJI/CO/5 (2018); Islas Marshall, Doc. de la ONU CEDAW/C/MHL/CO/1-3 (2018); República de Corea, Doc. de la ONU CEDAW/C/KOR/CO/8 (2018); Arabia Saudita, Doc. de la ONU CEDAW/C/SAU/CO/3-4 (2018); Surinam, Doc. de la ONU CEDAW/C/SUR/CO/4-6 (2018); Burkina Faso, Doc. de la ONU CEDAW/C/BFA/CO/7 (2017); Guatemala, Doc. de la ONU CEDAW/C/GTM/CO/8-9 (2017); Kenia, Doc. de la ONU CEDAW/C/KEN/CO/8 (2017); Kuwait, Doc. de la ONU CEDAW/C/KWT/CO/5 (2017); Mónaco, Doc. de la ONU CEDAW/C/MCO/CO/1-3 (2017); Nauru, Doc. de la ONU CEDAW/C/NRU/CO/1-2 (2017); Omán, Doc. de la ONU CEDAW/C/OMN/CO/2-3 (2017); Paraguay, Doc. de la ONU CEDAW/C/PRY/CO/7 (2017); Costa Rica, Doc. de la ONU CEDAW/C/CRI/CO/7 (2017); Níger, Doc. de la ONU CEDAW/C/NER/CO/3-4 (2017); Nigeria, Doc. de la ONU CEDAW/C/NGA/CO/7-8 (2017); El Salvador, Doc. de la ONU CEDAW/C/SLV/CO/8-9 (2017); Irlanda, Doc. de la ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (2017); Jordania, Doc. de la ONU CEDAW/C/JOR/CO/6 (2017); Micronesia, Doc. de la ONU CEDAW/C/FSM/CO/1-3 (2017); Ruanda, Doc. de la ONU CEDAW/C/RWA/CO/7-9 (2017); Sri Lanka, Doc. de la ONU CEDAW/C/LKA/CO/8 (2017); Argentina, Doc. de la ONU CEDAW/C/ARG/CO/7 (2016); Bangladés, Doc. de la ONU CEDAW/C/BGD/CO/8 (2016); Bután, Doc. de la ONU CEDAW/C/BTN/CO/8-9 (2016); Burundi, Doc. de la ONU CEDAW/C/BDI/CO/5-6 (2016); Haití, Doc. de la ONU CEDAW/C/HTI/CO/8-9 (2016); Tanzania, Doc. de la ONU CEDAW/C/TZA/CO/7-8 (2016); y Honduras, Doc. de la ONU CEDAW/C/HND/CO/7-8 (2016).
- xvi Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Doc. de la ONU A/HRC/31/57 (2016), párr. 43; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N.º 22, párr. 10; Comité de Expertas (CEVI) del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención de Belém Do Pará (MESECVI), “Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos”, OEA/Ser.L/II.7.10, 19 de septiembre de 2014; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación. Actualización del 2011-2014” (2015).
- xvii Ver, por ejemplo: Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño sobre Namibia, Doc. de la ONU CRC/C/NAM/CO/2-3 (2012); Comité DESC, Observación general N.º 22, párr. 34; Consejo de Derechos Humanos. Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. La discriminación contra la mujer con respecto a la salud y la seguridad. U.N. Doc. A/HRC/32/44 (2016).
- xviii Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Formas de abusos presentes en entornos de atención de la salud. U.N Doc. A/HRC/22/53 (2013)
- xix Comité de Derechos Humanos. K.L. vs. Perú. Comunicación N° 1153/2003 - Decisión del 24 de octubre de 2005. Comité de Derechos Humanos. L.R.M vs. Argentina, Comunicación N° 1608/2007, Decisión del 29 de marzo de 2011. Comisión

Interamericana de Derechos Humanos. Paulina Del Carmen Ramírez Jacinto vs. México, Petición 161-02, Solución Amistosa, Informe N° 21/07, 9 de marzo de 2007.

- xx Ver, por ejemplo: Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño sobre: Polonia, Doc. de la ONU E/C.12/POL/CO/6 (2016); Indonesia, Doc. de la ONU CRC/C/IDN/CO/3-4 (2014); Venezuela, Doc. de la ONU CRC/C/VEN/CO/3-5 (2014); y Marruecos, Doc. de la ONU CRC/C/MAR/CO/3-4 (2014)
- xxi Para la elaboración de esta sección del documento se tomaron como insumos principales los dos documentos base referenciados al inicio. Ver documentos de referencia 1 y 2
- xxii Se sugiere consultar además los protocolos disponibles de Argentina, Colombia y Uruguay citados a continuación: Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud / Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. - 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: UNICEF, 2019. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001539cnt-atencion-menores-15-hoja-ruta.pdf>; Ministerio de Salud y Protección Social. "Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada". Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Bogotá, 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>; Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de embarazo. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no>
- xxiii El taller se llevó a cabo en Lima, Perú del 19 y 20 de septiembre de 2019.
- xxiv Como señala la OMS (2014), la Anticoncepción Inmediata Pos-evento Obstétrico (AIPE) es el acceso a un método anticonceptivo en el período posterior a un evento obstétrico – puerperio o posaborto- (ya sea parto vaginal, cesárea o aborto), antes del alta hospitalaria (48 hora.). En el caso de un aborto, el inicio inmediato de la anticoncepción significa el día mismo del procedimiento quirúrgico o el día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto con medicamentos.



Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional

