

Estándares de derechos humanos para niñas y adolescentes para ILE

Beatriz Galli

CLACAI 15 de julio de 2021

Esta sesión busca mostrar algunos de los estándares de derechos humanos claves en la asistencia en casos de embarazo temprano en adolescentes menores de 15 años bajo el prisma del derecho internacional de los derechos humanos. Los estándares de derechos humanos establecen líneas generales para leyes, políticas y decisiones de las cortes nacionales visando el cumplimiento por parte del estado del deber de protección y garantía por parte del Estado.

Esos estándares son particularmente relevantes con relación al derecho a la vida, salud, el derecho a la integridad física, psicológica y social, derecho a la igualdad y no discriminación y el derecho a la privacidad de las niñas menores de 15 años embarazadas que deciden optar por la ILE. Además, las leyes, políticas y prácticas de salud deben estar centradas en su condición de sujetos de derechos, autónomas y garantizar en condición de igualdad en el acceso a la salud, y al mismo tiempo, atender sus necesidades específicas en materia de salud como personas en desarrollo.

Contexto en la región

En América Latina la tasa de embarazos en niñas menores de 15 años es una de las más altas del mundo. Los casos son inúmeros y impactantes. Por ejemplo, el caso de una niña de 9 años de Alagoinha-PE, Brasil, que en marzo de 2009, tuvo un aborto legal tras un diagnóstico de embarazo gemelar, resultado de abuso sexual por parte de su padrastro. El caso es emblemático de una violencia endémica y se asemeja al caso de Lucía. Una niña de Tucumán,

Argentina, que a los 11 años fue abusada sexualmente por la pareja de su abuela. Lucía intentó suicidarse y, en enero / 2019, ingresó en el hospital con un embarazo de 19 semanas para llevar a cabo la interrupción legal del embarazo. Después de 4 semanas, el servicio de salud no realizó un aborto, sino una cesárea. El niño nació y vivió durante 10 días.

Y el caso Mainumby. Una niña paraguaya de 10 años que quedó embarazada por una violación cometida por la pareja de su madre. El embarazo se descubrió porque la niña ingresó al hospital con dolores de estómago y sospecha de parasitosis, el 21 de abril de 2015. Mainumby se vio obligada a llevar el embarazo a término. Hoy, la madre, el niño y la hija viven al cuidado de sus abuelos.

Según la FLASOG, la iniciación sexual muy temprana puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes particularmente en términos de embarazos no intencionales, imprevistos o fruto de violencia sexual. En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre, y puede estar inserida de un contexto de violencia de género, con los riesgos inherentes y sus consecuencias involucrados.¹ Esa realidad afecta especialmente a las niñas y jóvenes sin acceso a la información o educación integral abrangente en salud sexual y reproductiva, en la mayoría de los países en nuestra región.

Según el último Informe GT Discriminación contra Mujeres y Niñas, *Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis*, el no disfrute por las mujeres y las niñas de sus derechos básicos de salud sexual y reproductiva es un impedimento significativo para la igualdad de género, y es el resultado de la persistente falta de respeto, protección y cumplimiento por parte de los Estados de esos derechos.

La desigualdad de género, que se manifiesta en desventajas sistémicas para las mujeres y las niñas o personas con capacidad de gestar a lo largo de su ciclo de vida y que sufren violencia de género. Ese contexto de desigualdad y violencia se ve como una crisis en sí misma, que ha

¹ FLASOG, Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe, p.22.

sido normalizada en las instituciones legales y políticas patriarcales, coloniales que discriminan por sexo, género y raza, entre otras razones y que son profundizada por la no implementación de protecciones legales y compromisos políticos asumidos en esferas regionales o internacionales como el Programa de Acción de Cairo de la Conferencia de Población y Desarrollo o en el Consenso de Montevideo que es el documento regional que establece los compromisos de los gobiernos en los 20 años de su revisión para los países de América Latina y del Caribe.

Muchas crisis experimentadas individualmente por mujeres y niñas, como los embarazos no planificados y la violencia sexual, atentan contra su dignidad, restringen sus libertades y están vinculadas a salud sexual y reproductiva. Además, están vinculadas a la discriminación estructural y los estereotipos de género generalizados, el estigma y los tabúes que impulsan la desigualdad de género. Estas crisis no se reconocen oficialmente no son sanadas, continúan siendo ignoradas, a pesar de su naturaleza sistémica y sus graves consecuencias para las mujeres y las niñas.

Las necesidades de los adolescentes deben entenderse en el contexto de esas condiciones subyacentes, el entorno social y familiar en las cuales se da su desarrollo. Estas condiciones subyacentes pueden constituir limitaciones para su capacidad de tomar decisiones autónomas sobre cuestiones relacionadas con sexualidad. Los estereotipos y los roles sociales predefinidos y restrictivos de género también pueden limitar la libertad de las niñas para preguntar, recibir información sobre asuntos de salud sexual y reproductiva y derechos, consentir libremente y tomar decisiones informadas. En ese particular, la desigualdad de género para las niñas adolescentes menores de 15 años es una barrera importante para tener acceso a asesoramiento y recibir información sobre DSTs, métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, así como tener acceso a la ILE.

Es ese contexto complejo que debe ser llevado en cuenta por los profesionales de salud cuando las adolescentes buscan los servicios de salud.

Convención de los Derechos del Niño

La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989, define en el Artículo 1. como niño "todo ser humano menor de 18 años, a menos que, de conformidad con la ley aplicable, el niño sea alcanzado antes".

La Convención adoptó el concepto de **seres en desarrollo en relación con los adolescentes**. Este concepto defiende la libertad de los adolescentes de interferir en el ejercicio de los derechos protegidos en la Convención. La Convención reconoce su **capacidad de entender como suficiente para tomar decisiones sobre su vida**. En ese sentido, el Artículo 5. de la Convención establece que: "Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, derechos y deberes de los padres, o según sea el caso, los miembros de la familia o la comunidad, de acuerdo con las costumbres locales, tutores u otras personas legalmente responsables del niño, guiar e instruir adecuadamente al niño de manera coherente con la evolución de su capacidad para ejercer los derechos reconocidos en esta Convención.

Con respecto a la relevancia de la audición de las niñas adolescentes en situaciones de violencia sexual, **el equipo debe adoptar un abordaje centrado en derechos humanos**, según el estándar establecido por el Artículo 12, que establece: "1. Los Estados Partes se asegurarán de que el niño, que puede formarse sus propios puntos de vista, tenga derecho a expresar sus opiniones libremente sobre todos los asuntos relacionados con el niño, teniendo debidamente en cuenta estas opiniones según la edad y madurez del niño; 2. Con ese fin, se le dará al niño, en particular, la oportunidad de ser escuchado en cualquier procedimiento judicial o administrativo relacionado con él, directamente o por medio de un representante u organismo apropiado, de conformidad con las normas procesales de la legislación nacional. " Además, el Artículo 37 establece otro importante estándar para orientar el equipo de salud cuando determina que " Los Estados Partes se asegurarán de que: a) Ningún niño sea sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes ".

Los estándares internacionales de derechos humanos

Los **estándares internacionales de derechos humanos** pueden actuar como marco de orientación para la definición de las políticas públicas en general. Los estándares jurídicos definidos por el SIDH han reconocido diversas formas de incorporación a los sistemas jurídicos nacionales provocando cambios en las jurisprudencias de los tribunales locales y impactando en la transformación de agendas públicas y líneas de orientación de políticas de gobiernos de los países latinoamericanos. (en varios temas de DDHH – derecho a la verdad, acceso a la información pública, acceso a la justicia y reconocimiento de la autonomía reproductiva de parejas y mujeres para tomar decisiones informadas sobre sus vidas privadas y derecho a la igualdad y a la no discriminación de las personas LGBTI)

Los principios de derechos humanos que deben orientar la asistencia en salud de niñas o personas en situación de violencia son abarcados y desarrollados en los estándares de derechos humanos de los órganos de protección:

Autonomía

Consentimiento Informado

Interés superior de la niña

Es importante señalar que esos estándares evolucionan en el tiempo y pueden abarcar otros derechos emergentes que necesitan de protección y medidas de garantía e reparación.

La debida diligencia reforzada y el acceso a servicios de salud integrales

En los casos de niñas adolescentes en situaciones de violencia sexual que se quedan embarazadas y quieren interrumpir su embarazo no intencional, la falta o la denegación de acceso a la ILE por parte del sector público o privado de salud es una forma de violencia basada en género que viola sus derechos humanos y les impide disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos y desarrollar su sexualidad de manera saludable.

Además, les impide de ejercer otros derechos humanos. El derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR) es fundamental y se basa en la realización de otros derechos fundamentales, incluidos los derechos a la vida, la salud, la protección contra la tortura y los malos tratos, la privacidad, la educación y la no discriminación y a vivir libre de violencia.

En esos casos el estado tiene un deber de debida diligencia reforzada de respetar, proteger y garantizar sus derechos humanos. Ese deber está traducido en la implementación de políticas y prácticas de salud basada en derechos humanos, como el acceso al aborto seguro.

El CDN ha instado a los estados a "garantizar que los sistemas y servicios de salud puedan satisfacer las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes". En este sentido, la CDN ha pedido explícitamente que los adolescentes tengan acceso a la gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención de la salud materna; información y servicios anticonceptivos, incluidos métodos anticonceptivos a corto y largo plazo y anticoncepción de emergencia; servicios de aborto seguro y atención postaborto; e información y servicios para prevenir y abordar las infecciones de transmisión sexual.²

Además, el mismo Comité ha instado al estado a "despenalizar el aborto para garantizar que las niñas tengan acceso a servicios de aborto seguro y postaborto"³. Aun en su Observación general 20, el CND no solo ha reconocido la importancia de la capacidad evolutiva de los adolescentes para tomar decisiones independientes sobre su salud, sino que también ha pedido a los Estados que introduzcan una "presunción legal de que los adolescentes son competentes para buscar y tener acceso a productos y servicios de salud sexual y reproductiva preventivos o urgentes".

² General Comment 15: The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health, (62nd Sess.), article 24 para. 2(b), U.N. Doc. CRC/C/GC/15 (2013)

³ Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 20 on the implementation of the rights of the child during adolescence, para.60, U.N. Doc. CRC/C/GC/20 (Dec. 2016).

Según el CDESC, la prevención del aborto inseguro y la provisión de atención postaborto son obligaciones básicas mínimas no derogables en materia de SDR⁴.

Los estándares y principios de la CDN se complementan con el CDESCR, que consagra **el derecho a la salud sexual y reproductiva para todos, incluidos los adolescentes**. El CDESCR interpreta este derecho como que abarca "el derecho a tomar decisiones y elecciones libres y responsables, libres de violencia, coerción y discriminación, sobre asuntos relacionados con el cuerpo y la salud sexual y reproductiva", así como "el acceso sin trabas a una amplia gama de servicios de salud, instalaciones, bienes, servicios e información, que aseguren a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva"⁵.

Según el CDESCR, los estados tienen obligaciones básicas mínimas de garantizar el acceso no discriminatorio, universal y equitativo a los servicios e información de SSR, particularmente para mujeres y niñas; suministro de medicamentos esenciales; y garantizar el acceso a reparación por violaciones a la SDR⁶.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) emitió la Recomendación general sobre la mujer y la salud, que establece pautas para que los Estados implementen el Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer que buscan "eliminar la discriminación con el objetivo de hacer realidad el derecho de las mujeres al más alto nivel posible de salud ". (párrafo 2.) El Comité consideró que "las mujeres que pertenecen a grupos vulnerables y desfavorecidos, como las adolescentes" (párrafo 6) están sujetas a la protección del Estado contra la discriminación. El Comité adoptó una mayor comprensión de la noción de salud de la mujer que incluye todas las etapas del ciclo de vida, incluida la salud y el bienestar de las adolescentes. (párrafo 8)

⁴ CDESCR, Gen. Comment No. 22, para. 49

⁵ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights),

⁶ CDESCR GC 14 para 43; CDESCR GC 3 para 10; See also SR Health Report on right to health (2013) para 11

El consentimiento informado

Uno de los temas que mayor temor e incertidumbre genera dentro de los integrantes de los equipos que atienden a niñas embarazadas menores de 15 años es el proceso de consentimiento de la niña y la toma de decisión. Es así como, 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, contrariando las orientaciones de la OMS, es importante que establezcan que 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 adulto-céntrica, 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, permite y facilita el proceso de consentimiento informado y la garantía del derecho a la información y tomada de decisión sobre la ILE.

La edad del consentimiento sexual es aquella por debajo de la cual el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales genera efectos legales, presumiéndose violencia o abuso por parte del que fuere mayor de edad, sin importar la existencia o no de cualquier violencia o abuso real. La legislación de los distintos países de la región suele ubicar la edad de consentimiento sexual entre los 14 y 16 años.

En consonancia con el derecho a ser escuchados y a participar en la toma de decisiones, los adolescentes tienen derecho a que no se les impongan servicios de SSR. La CDN ha señalado que los niños vulnerables a la discriminación tienen menos capacidad para ejercer su derecho a tomar decisiones autónomas sobre su salud. Por lo tanto, ha pedido a los Estados que

aseguren el consentimiento voluntario e informado de los adolescentes para todos los tratamientos y procedimientos médicos⁷.

La capacidad evolutiva y autonomía de las niñas adolescentes en la toma de decisiones

El concepto de las capacidades evolutivas del menor se refiere a la limitación de la facultad de los padres de decidir por sus hijos, a medida que estos van adquiriendo las condiciones necesarias para adoptar decisiones de manera autónoma sobre su propia vida, ejerciendo los derechos de los que son titulares. Según la Profesora Rebecca Cook, "El Estado debe lograr un equilibrio entre dos deberes aparentemente que parecen incongruentes: debe proteger los adolescentes de violencia y abuso mientras reconociendo simultáneamente la autonomía sexual de individuos que recién comienzan a experimentar su sexualidad y asegurar su acceso a la información y la atención médica que necesitan durante esta etapa crítica del desarrollo. La naturaleza aparentemente competitiva de estas obligaciones requiere que los estados deban prestar mucha atención al efecto de sus políticas sobre adolescentes, con particular referencia a las responsabilidades del estado bajo el derecho internacional de los derechos humanos".

Las capacidades evolutivas del menor pueden ser entendidas entonces como una limitación al ejercicio de la autoridad parental, y fortalece progresivamente hasta eliminarla completamente, en favor del reconocimiento de la independencia de los menores en cuanto al ejercicio de sus derechos y libertades, de su salud sexual y reproductiva, incluso en direcciones que se oponen a las creencias y expectativas de sus padres.

En consonancia con el principio de evolución de la capacidad el Relator Especial sobre el derecho a la salud, ha pedido la eliminación de los requisitos de consentimiento de los padres para acceder a los servicios. Según el Relator Especial de que el consentimiento de los

⁷ CRC GC 20 para 39

padres y los requisitos de notificación “hacen que los adolescentes se muestren reacios a acceder a los servicios necesarios para evitar buscar el consentimiento de los padres, lo que puede resultar en rechazo, estigmatización, hostilidad o incluso violencia”⁸.

El CRC ha dicho que no debería haber "barreras para los productos básicos, la información y el asesoramiento sobre SDR, como los requisitos para el consentimiento o autorización de terceros"⁹. Esto reafirma la opinión del Comité CEDAW de que la autorización de los padres constituye una barrera para los servicios de salud.

Deber de debida diligencia reforzado en casos de violencia sexual

Cabe destacar el mencionado **caso *Campo Algodonero***, donde la Corte define de forma cuidadosa el estándar jurídico de “debida diligencia” establecido en el mencionado artículo 7 de Belem do Pará, con el objetivo de determinar “el alcance del deber estatal de prevención de crímenes basados en el género”²⁷. En las palabras de Victor Abramovich, ex – Comisionado de la CIDH y Relator de los Derechos de la Mujer, la Corte establece un deber de “debida diligencia reforzado” en función del artículo 7 de la CDBP que parece establecer una carga adicional de deberes de prevención del Estado:

“Los Estados deben adoptar medidas integrales para cumplir con debida diligencia en casos de violencia contra las mujeres. En particular, deben contar con un adecuado marco jurídico de protección, con una aplicación efectiva del mismo, con políticas de prevención y prácticas que permitan actuar de una manera eficaz ante las denuncias. La estrategia de prevención debe ser integral, es decir, debe prevenir los factores de riesgo y a la vez fortalecer las instituciones para que puedan proporcionar una respuesta efectiva de los casos de violencia contra la mujer. Asimismo, los Estados deben adoptar medidas preventivas en casos específicos en los que es evidente que determinadas mujeres y niñas pueden ser víctimas de violencia. Todo esto debe tomar en cuenta que, en casos de violencia contra la mujer, los Estados tienen,

⁸ CEDAW, GR 24 (women and health), para 21; SR on Health, report on the health of adolescents, para 59.

⁹ CRC Committee, Gen. Comment No. 20, para. 60.

además de las obligaciones genéricas contenidas en la Convención Americana, una obligación reforzada a partir de la Convención de Belém do Pará.”¹⁰

La situación de tolerancia a la violencia por parte de las instituciones públicas daña y discrimina mujeres y niñas y afecta de manera desproporcionada a mujeres y niñas más marginalizadas, más pobres, las indígenas, las afrodescendientes que residen en las periferias urbanas y en las áreas rurales, violando el derecho a la igualdad y a la no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, y condiciones socioeconómicas. La CIDH destaca que la superposición de varias capas de discriminación —la interseccionalidad— lleva o expone a una o varias formas de discriminación agravada que se expresan en experiencias cuyos impactos son manifestados con diferencia entre mujeres.¹¹ El artículo 9 de la Convención de Belém do Pará expresa la obligación de los Estados de tomar especial atención en la adopción de medidas para prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia, de “la situación de vulnerabilidad de la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada”.¹²

En su informe de fondo sobre el caso *Paola del Rosario Guzmán Albarracín y familiares vs. Ecuador*, la CIDH expresó que había en el plantel educativo una aceptación institucional de la situación de violencia sexual contra las niñas que de forma sistemática tenían sus derechos vulnerados¹³. La víctima Paola estaba en situación de vulnerabilidad psicosocial y tenía necesidades específicas de protección especial por su edad, grado de desarrollo y madurez, siendo estudiante de una institución educativa pública.

El desarrollo de la jurisprudencia en materia de reparación ha evolucionado en las últimas décadas. Las medidas de reparación pueden incluir el pago de una indemnización, la investigación, el enjuiciamiento y el castigo de la persona responsable o el acceso a la salud para situaciones de embarazo fructo de violación. Al no velar por el bienestar de mujeres y

¹⁰ Corte IDH. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205 Par. 258

¹¹ CIDH. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44, 2017, párr. 38.

¹² CIDH. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe, 2019 : Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 14 de noviembre de 2019. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/V/II)

¹³ CIDH Informe No. 110/18 Caso 12.678

<https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2019/12678FondoEs.pdf>

niñas víctimas de violencia sexual, negando acceso a servicios de salud, el Estado puede incurrir en re-victimización y grave vulneración de derechos.

Conclusiones

Los estándares internacionales de derechos humanos dirigidos a proteger el derecho a la salud en todas sus dimensiones según la OMS, que abarcan el derecho a la integridad física, psicológica y social, y el derecho a la privacidad, pueden servir como lineamientos para que los Estados implementen políticas de salud que atiendan las necesidades de los adolescentes en situaciones de violencia, respetando los principios éticos de confidencialidad, consentimiento informado, garantizar el acceso a los servicios de planificación familiar, ubicándolos como sujetos de derechos, autónomos, y al mismo tiempo, con necesidades especiales, por su situación como seres en desarrollo.¹⁴

La investigación y reparación en los casos de violencia sexual representan un reto para los estados debido a las debilidades de los sistemas de seguridad y de justicias. En particular, en cuanto al tema de la violencia sexual, las políticas dirigidas a reparar la violación sufrida incluyen la investigación diligente, enjuiciamiento y condena del responsable a través del trabajo de profesionales de la seguridad y la justicia; el acceso a servicios de salud brindando la opción de interrupción voluntaria del embarazo o acceso a anticoncepción de emergencia en caso de embarazo producto de violación.

La negativa de brindar los servicios o la criminalización de la interrupción voluntaria del embarazo puedan apuntar para una situación de discriminación por motivo de raza o sexo, edad, condición socio económica, por parte de los sistemas de salud y justicia y generar responsabilidad internacional por el incumplimiento del deber de respetar y proteger los derechos humanos de las víctimas de violencia de género.

¹⁴ FLASOG, Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia, Lima, Perú Octubre 2010.

Las demandas de salud y de atención psicosocial son muy frecuentes en estos casos, y deberían formar parte de la reparación. A las consecuencias físicas de las violaciones en la vida sexual o reproductiva, se suman otros efectos en la salud, así como el impacto psicológico. Es preciso contar con un apoyo sostenido en el tiempo, con recursos suficientes para el acompañamiento terapéutico adecuado, respetando la confidencialidad y privacidad de las víctimas.

En relación con las niñas víctimas de violencia sexual, a maternidad forzada – es equivalente a una situación de tortura cuando se les niega la toma de decisión y el acceso a la ILE y se les impone la continuidad del embarazo¹⁵ – además de producir costos gravosos ya que afecta las trayectorias vitales de las niñas, en especial las niñas en contextos de mayor vulnerabilidad por razones de raza, etnia, discapacidad entre otras, por abandono escolar, precariedad laboral y posible transmisión intergeneracional de la pobreza.¹⁶ La existencia de leyes muy restrictivas, que prohíben los abortos incluso en casos de incesto, violación, deficiencia fetal o cuando está en riesgo la vida o la salud de la madre, vulneran el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tortura o malos tratos (A/HRC/22/53 y CEDAW/C/OP.8/PHL/1).

44. En otros casos, las mujeres y las niñas se enfrentan a considerables dificultades para acceder a los servicios de aborto legal por las trabas administrativas y burocráticas, la negativa por parte de los profesionales sanitarios a respetar los protocolos médicos que garantizan los derechos jurídicos, así como por las actitudes negativas y la incompetencia o el desinterés oficiales (A/HRC/22/53). Denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres y niñas a actitudes humillantes y sentenciosas en esas situaciones de extrema vulnerabilidad y en las que es esencial acceder en el plazo debido a la asistencia sanitaria equivale a tortura y malos tratos 24 . Los Estados tienen la obligación afirmativa de reformar las leyes restrictivas sobre el aborto que perpetúan la tortura y los malos tratos al negar a las mujeres el acceso al aborto y la asistencia en condiciones de seguridad. Sigue siendo motivo de preocupación que se limite o se condicione el acceso a la asistencia médica en los abortos, especialmente cuando

¹⁵ Special Rapporteur Against Torture

¹⁶ UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.

se niega tal asistencia con el fin intolerable de imponer un castigo u obtener una confesión (A/HRC/22/53). En particular, la práctica de obtener confesiones, para emplearlas en juicios, de mujeres que precisan asistencia médica urgente tras haberseles practicado un aborto clandestino es constitutiva de tortura o malos tratos

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.¹⁷

¹⁷ Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). Lineamientos para diseño de protocolo de atención de menores de 15 años con embarazo no intencional Julio, 2020 Lima, Perú. [LINEAMIENTOS CLACAI VF.pdf](#)