

4 de diciembre, 2024

Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)

Ref: Informe sobre la situación de maternidades forzadas en América Latina y el Caribe

Distinguidas integrantes del Comité de Expertas:

El Centro de Derechos Reproductivos, Planned Parenthood Global, el Movimiento Niñas No Madres e IPAS tienen el agrado de remitir esta comunicación al Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) a fin de contribuir con información sobre la situación de maternidades forzadas en América Latina y el Caribe.

El presente informe se encuentra organizado de la siguiente manera:

I. El contexto de maternidades forzadas en América Latina y el Caribe	2
II. Los casos del Movimiento Niñas No Madres	2
III. El contexto ecuatoriano	3
IV. El contexto guatemalteco	7
V. El contexto nicaragüense	9
VI. El contexto brasileño	11
VII. Conclusiones	13
VIII. Petitorio	15

I. El contexto de maternidades forzadas en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe es la segunda región del mundo con las tasas más altas de partos de niñas menores de 15 añosⁱ. Si bien los datos sobre embarazos en niñas son muy limitadosⁱⁱ y varían significativamente entre países de la región, se estima que las tasas de natalidad fueron de 53,2 nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años para 2021ⁱⁱⁱ. Además, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) calculó que el 2% de las mujeres en edad reproductiva en la región tuvieron su primer parto antes de los 15 años^{iv}. Estos datos se encuentran atados a un factor preponderante: la violencia sexual en contra de las niñas^v. Se estima que el 80% de las agresiones sexuales en la región tuvieron como víctima a niñas de entre 10 y 14 años^{vi}.

Este alarmante contexto de prevalencia de la violencia sexual y de embarazos en niñas se ve agravado por la falta de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva. América Latina y el Caribe es una de las regiones con algunas de las leyes de aborto más restrictivas y punitivas en el mundo^{vii}. Aún hay países en la región que mantienen una prohibición absoluta del aborto y otros en los que, si bien la interrupción voluntaria del embarazo es legal en ciertas circunstancias, como cuando hay riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada, el acceso sigue estando restringido. Esto obedece tanto a las interpretaciones limitadas que los propios Estados aplican, como a la falta de garantías para que el personal de salud pueda brindar el servicio sin miedo a ser perseguido. En parte por la persistencia de esas barreras, en 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó a los Estados eliminar el delito de aborto de los códigos penales^{viii}.

A ello se le suma la falta de información y Educación Sexual Integral que impide que niñas y adolescentes conozcan las implicaciones de las relaciones afectivas y sexuales basadas en el consentimiento^{ix}, e impone barreras para que puedan conocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos conforme a su edad y desarrollo.^x

II. Los casos del Movimiento Niñas No Madres

En mayo de 2019 el Centro de Derechos Reproductivos, Planned Parenthood Global, Mujeres Transformando el Mundo (MTM) y Surkuna Ecuador, presentaron cuatro casos individuales contra los Estados de Ecuador, Guatemala y Nicaragua ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (“el Comité”). Estos son los casos de Norma c. Ecuador, Fátima c. Guatemala, Susana c. Nicaragua y Lucía c. Nicaragua, cuatro niñas que fueron víctimas de violación sexual y que, producto de esta violencia, quedaron embarazadas cuando tenían 13 años. Los agresores eran hombres en posiciones de poder y autoridad en quienes ellas confiaban. A pesar de que las cuatro niñas manifestaron expresamente que no querían ser madres, se les impidió acceder a la interrupción voluntaria de sus embarazos y fueron obligadas a continuar con ellos y a sostener maternidades forzadas. Su salud, vida y proyectos de vida se han visto afectados irreversiblemente. Hasta el día de hoy, sus casos continúan en la impunidad.

Como se describirá más adelante, estos cuatro casos son representativos del patrón regional de niñas obligadas a ser madres debido a la persistencia de la violencia sexual, a la falta de acceso a

servicios de salud sexual y salud reproductiva, y a la persistencia de marcos normativos restrictivos que no permiten acceder a servicios como la interrupción voluntaria del embarazo.

Asimismo, acompañando estos cuatro casos, el 8 de octubre de 2020 se presentó un quinto caso: el de Camila vs. Perú^{xi} ante el Comité de los Derechos del Niño, que fue decidido en mayo de 2023.

Camila era una niña indígena que vivía en una zona rural de los Andes peruanos. A los 9 años, su padre la violó por primera vez y continuó haciéndolo por años. Como consecuencia de la violencia sexual en su contra, Camila quedó embarazada a los 13 años. Su madre, una mujer quechua hablante, se enteró de la violencia sexual al notar el embarazo de su hija y junto con la madrina de Camila, interpusieron una denuncia penal.

Camila no deseaba continuar con el embarazo y por ello solicitó su interrupción, sin obtener respuesta. En Perú, el aborto terapéutico está permitido por ley; sin embargo, aún existen graves barreras para acceder a él. En el transcurso del embarazo, Camila enfrentó un aborto involuntario. En lugar de recibir la atención que requería, Camila fue denunciada por el delito de “autoaborto”, lo que significó una nueva revictimización que la convirtió en una niña criminalizada.

El 15 de mayo de 2023, el Comité de los Derechos del Niño dictaminó que Perú es internacionalmente responsables por la violación de los derechos humanos de Camila y determinó que para evitar que se repitan violaciones similares en el futuro, el Estado tiene la obligación de despenalizar el aborto en todos los supuestos de embarazo infantil, entre otras medidas^{xii}. Esta es la tercera condena que recibe Perú de un Comité de Naciones Unidas^{xiii} por casos de niñas que solicitaron un aborto y les fue negado.

Partiendo de lo anterior, se espera que el Comité dictamine que los Estados tienen la obligación de modificar su legislación sobre interrupción voluntaria del embarazo a fin de garantizar que todas las niñas puedan acceder a este servicio esencial de salud en condiciones de igualdad y sin discriminación, también se espera que se garantice la ESI a fin de que las niñas puedan contar con las herramientas para conocer las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas basadas en el consentimiento y por último, se espera que adopten medidas para que las niñas puedan ser escuchadas y sus decisiones sean garantizadas.

III. El contexto ecuatoriano

La violencia sexual y de género hacia mujeres, niñas y adolescentes es un problema endémico en Ecuador. El Estado no ha adoptado las medidas adecuadas para prevenir y responder a violencia sexual y de género, a pesar de los reiterados y enfáticos llamados de los órganos de tratados a adoptar una estrategia nacional para eliminar la violencia sexual^{xiv}.

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 65 de cada 100 mujeres han experimentado algún tipo de violencia basada en género^{xv}. Además, se calcula que el 45 por ciento de las niñas y adolescentes entre 15 y 17 años han vivido violencia sexual a lo largo de su

vida. Las niñas menores de 14 años son quienes enfrentan en mayor medida violencia sexual. Sólo entre 2015 y 2017 hubo 718 casos de violación a niñas menores de 10 años denunciados, y solo en 2021 hubo 798 denuncias de violación en las que las víctimas eran menores de 14 años^{xvi}.

Ecuador es uno de los países de América Latina con mayor tasa de embarazos adolescentes: 111 por cada 1.000 niñas entre 15 - 19 años^{xvii}. En efecto, por cada 10 nacimientos en Ecuador, 2 de ellos son de madres niñas-adolescentes^{xviii}. Tanto así, que se calcula que al menos el 12 por ciento de las adolescentes en Ecuador han estado embarazadas al menos una vez^{xix}. Además de lo anterior, los embarazos de niñas menores de 14 años son, por definición, resultado de una violación sexual, aproximadamente 2.000 niñas menores de 14 años dan a luz en Ecuador anualmente^{xx}. Más aún, es extremadamente preocupante que según los datos censales sólo entre 2005-2015 el embarazo en niñas menores de 15 años en Ecuador aumentó en un 74 por ciento^{xxi}. Aunado a ello, para 2016, 8 de cada 10 embarazos en menores de 14 años fueron producto de una violación perpetrada por un adulto de 30 años o más^{xxii}.

Ecuador tampoco recopila ni facilita sistemáticamente datos desglosados sobre la violencia contra las mujeres, adolescentes, las niñas y otras personas con posibilidad de gestar de la diversidad sexo genérica^{xxiii}, dejando a las autoridades sin la información necesaria para planificar y desarrollar medidas para eliminar la violencia sexual. Aunque algunos ministerios publican informes, su alcance es limitado, enfocándose exclusivamente en el feminicidio^{xxiv} o la violencia en el seno de la familia^{xxv}. La información tampoco se actualiza periódicamente.

i. La falta de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

En Ecuador el aborto consentido está tipificado como delito y se castiga con hasta dos años de prisión para las niñas y mujeres que abortan. Además, los proveedores de servicios de salud que ayudan a realizar el aborto son castigados con uno a tres años de prisión. Hasta el 27 de abril de 2021, el marco legal interno solo contemplaba dos excepciones: (i) si el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer; o (ii) cuando una mujer con discapacidad intelectual queda embarazada como consecuencia de una violación^{xxvi}.

El 28 de abril de 2021, la Corte Constitucional ecuatoriana dictaminó, por mayoría de siete contra dos, la despenalización del aborto en casos de violación en relación con todas las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes^{xxvii}. Esta decisión fue confirmada, pero no íntegramente respetada, puesto que la Asamblea Nacional implementó la decisión de la Corte Constitucional ecuatoriana con plazos restrictivos que solo permitía a las sobrevivientes de violación acceder al servicio de aborto hasta la semana 12 de gestación, y hasta semana 18 en el caso de las adolescentes menores de edad^{xxviii}.

Sin embargo, las barreras impuestas para que las víctimas de violación puedan acceder a servicios de aborto legal no acabaron allí. El 15 de marzo de 2022, el presidente Constitucional de la República de Ecuador de esa época, Guillermo Lasso, emitió un veto u objeción parcial a la Ley aprobada por la Asamblea y realizó 61 objeciones. Dentro de las objeciones: i) se reduce el plazo

para que las niñas, sobrevivientes de violación, menores de 18 años puedan acceder al servicio de aborto, reduciendo el plazo de 18 semanas a 12 semanas de gestación; ii) se exige a las sobrevivientes de violación una denuncia penal, o declaración juramentada o un examen médico legal juramentado, donde se exponga que se hallaron indicios de la agresión sexual; iii) en el caso de las niñas, no pueden solicitar la interrupción sino que necesitan la autorización de representantes legales/ persona adulta; iv) se permite la objeción de conciencia institucional en centros privados; v) se incluyen normas para criminalizar a las mujeres que llegan con complicaciones obstétricas y a los profesionales de salud; vi) se eliminan todas las normas específicas para garantizar los derechos de personas trans, personas no binarias y otras personas de la diversidad sexo-genérica con posibilidad de abortar^{xxxix}.

Estas barreras han repercutido en el acceso a la causal violación siendo que, a pesar de las escalofrantes cifras de violencia sexual en el país, el número de abortos legales por esta causal entre los años 2021 y noviembre de 2023, de acuerdo con los datos proporcionados por el Estado a la CEDAW, fue únicamente de 93^{xxx}. En relación con las otras causales (salud y vida), según las cifras del Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), entre los años 2015 y el 2022, los abortos relacionados con las causales legalmente previstas (denominados abortos médicos) se han mantenido representando únicamente entre el 6% y el 4 % del total de egresos hospitalarios relacionados con aborto registrados cada año. En 2015, se registraron 982 egresos hospitalarios por aborto médico^{xxxi}, lo cual corresponde 5 % del total de egresos hospitalarios relacionados con aborto en ese año; en el 2016^{xxxii}, 742 (4 %); en el 2017, 944 (5 %) ^{xxxiii}; en el 2018, 804 (4 %) ^{xxxiv}; en el 2019, 911 (6 %) ^{xxxv}; en el 2020, 704 (6 %) ^{xxxvi}; en el 2021, 750 (4 %) ^{xxxvii}; y, en el año 2022, el 4 % ^{xxxviii}.

ii. La falta de acceso a educación sexual integral

Las altas tasas de embarazo en niñas y adolescentes en Ecuador se ven agravadas por el limitado acceso a una educación sexual integral (ESI) adecuada. Las niñas y adolescentes no tienen acceso ni a información ni a ESI en los centros médicos, en las unidades educativas o en sus casas. Tampoco acceden a anticonceptivos, incluida la Anticoncepción Oral de Emergencia. Por lo tanto, no cuentan con herramientas para prevenir el embarazo no deseado, las ITS o el VIH, ni para identificar ni responder a la violencia basada en género, incluida la violencia sexual. Los servicios de salud sexual y reproductiva no operan de manera adecuada y las necesidades de niñas y adolescentes no han sido satisfechas.

Aunque el Ministerio de Educación ha tomado ciertas medidas para "hacer frente a las políticas (anteriores) regresivas", no ha tomado suficientes medidas para garantizar que se elabore un plan de estudios completo y basado en la evidencia científica que sea impartido adecuadamente por las escuelas y profesores/as. Como resultado, y en gran parte debido a las actitudes conservadoras de quienes imparten los cursos, se ha comprobado que la educación sexual en Ecuador "refuerza los estereotipos de género y estigmatiza la conducta sexual de los y las adolescentes, especialmente la

de las niñas[...]"^{xxxix} Esto consolida aún más el ciclo de discriminación contra las niñas y adolescentes.

iii. El caso de Paola Guzmán Albarracín vs. Ecuador

Paola era una adolescente que estudiaba en un colegio público de Ecuador. A sus 14 años, empezó a tener problemas de rendimiento académico y el vicerrector del centro educativo, quien era 50 años mayor que ella, le ofreció ayuda para pasar el año. Aprovechándose de la disparidad de poder entre ambos, engañó a Paola y ejerció acoso, abuso y violación sexual en su contra.

Todo esto provocó que Paola ingiriera fósforo blanco para intentar suicidarse poco antes de llegar a su colegio. Pese a que las autoridades sabían lo que ocurría, Paola no recibió ningún tipo de atención médica para atender su grave estado de salud, ni tampoco fue trasladada a un centro médico. Por el contrario, Paola fue obligada a rezar al lado de su agresor para pedir perdón. Finalmente, doña Petita, la madre de Paola, la llevó a un hospital, pero falleció un día después, justo tres días después de haber cumplido 16 años.

En junio de 2020, la Corte Interamericana de Derechos emitió la sentencia en el caso *Paola Guzmán Albarracín vs. Ecuador*. Allí, en la que identificó que en Ecuador existe un contexto de violencia, acoso y abusos sexuales en las instituciones educativas, quienes, a su vez, toleran y normalizan estas conductas y, al tiempo, carecen de medidas de prevención de actos de violencia sexual, incluyendo la ausencia de educación sexual integral³. En el caso particular de Paola, el Tribunal determinó que ella “[...] no contó con educación que le permitiera comprender la violencia sexual implicada en los actos que sufrió ni con un sistema institucional que le brindara apoyo para su tratamiento o denuncia. Por el contrario, la violencia referida fue convalidada, normalizada y tolerada por la institución”¹.

Asimismo, la Corte IDH reconoció por primera vez que la educación sexual integral hace parte del derecho a la educación². En ese sentido, el Tribunal determinó que: “Dicha educación debe ser apta para posibilitar a las niñas y los niños un adecuado entendimiento de las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas, particularmente en relación con el consentimiento para tales vínculos y el ejercicio de las libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos”³.

Además de la Corte IDH, varios órganos de tratado, el Relator Especial sobre la salud, entre otros, han exigido a Ecuador que adoptara una política para facilitar el acceso a ESI, ofrecer apoyo a las sobrevivientes de la violencia sexual en las escuelas y hacer un seguimiento de los datos para garantizar que las escuelas cumplan con la normativa. No obstante, a la fecha, Ecuador no ha cumplido integralmente con estas medidas de reparación^{x1}.

¹ Ib., párr. 140.

² Corte IDH. Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de junio de 2020. Serie C No. 405, párr. 139.

³ Ib. párr. 139.

iv. El caso de Norma vs. Ecuador^{xli}

Desde muy temprana edad Norma fue puesta bajo la protección del Instituto Nacional de la Niñez y la Familia de Ecuador (INFA), ya que se descubrió que su padre agredía sexualmente a su prima con la que convivían. Aunque estos hechos fueron denunciados, el padre de Norma nunca fue investigado. En 2011, cuando Norma tenía 12 años, se vio obligada a vivir de nuevo con su padre, quien empezó a agredirla sexualmente. Esta situación se prolongó hasta el 2013, cuando sus hermanos se percataron de que Norma estaba embarazada y presentaron una denuncia penal. Al entender que estaba embarazada, la salud mental de Norma se deterioró al punto de que intentó suicidarse. Pese a las afectaciones a su salud integral y a que expresó que no quería ser madre, se le negó el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y fue obligada a continuar con éste. Al momento de los hechos, en Ecuador sólo se permitía el aborto para preservar la vida y salud de la mujer —interpretado de forma restrictiva— y en casos de violencia sexual en contra de mujeres con discapacidad mental.

Norma fue forzada a llevar un embarazo, tener un parto por cesárea y sufrió violencia obstétrica por parte de los prestadores de salud. Debido al trauma, Norma se resistía al contacto con el recién nacido, pues le causaba sufrimiento; sin embargo, fue obligada a lactar. Además, expresó que quería darlo en adopción, pero nunca recibió la información adecuada para poder llevar adelante esta decisión.

Durante el embarazo, Norma fue obligada a abandonar la escuela. A pesar de que luego del parto quería volver a estudiar, no pudo hacerlo ya que no contaba con apoyos para cuidar a su hijo. Su agresor murió años después de los hechos, sin haber sido aprehendido ni sancionado por la violencia sexual ejercida en contra de su hija.

Hoy en día Norma sigue esperando justicia para ella y para que ninguna niña pase por situaciones como la que ella vivió.

IV. El contexto guatemalteco

De acuerdo con cifras oficiales, entre enero y abril de 2024, el Ministerio Público registró 19 mil 684 casos de violencia contra las mujeres y niñas, en ese mismo período se registraron 1,438 casos de violación sexual, 767 agresiones sexuales, y 536 clasificados como otros delitos sexuales. Es posible que las cifras sean mayores, puesto que no todas las víctimas realizan denuncias. Por su parte, el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala informó la realización de “1,659 reconocimientos médicos practicados por delitos sexuales, equivalente al 66% de las acciones reportadas por esta institución”^{xlii}.

i. La falta de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

Como se indicó previamente, Guatemala tiene una criminalización *cuasi* absoluta del aborto, siendo la única excepción el aborto terapéutico para proteger la vida de la persona gestante en caso de peligro y bajo circunstancias muy limitadas^{xliii}. La realización de un aborto dentro de la

excepción riesgo para la vida, según el marco legal interno, debe ser por un médico, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico, después de haber agotado todos los medios científicos, por lo cual esta causal rara vez se aplica y en la práctica estamos hablando de una penalización cuasi absoluta^{xliv}.

Esta criminalización se mantiene incluso en los casos de embarazos de niñas menores de 14 años, donde las rutas de atención disponibles no contemplan la protección de la salud mental, ni el acceso al aborto legal^{xlv}. Ello a pesar de que i) estos embarazos son considerados de por sí de alto riesgo; ii) tienen implicaciones graves e irreversibles para la vida y la salud física y mental de las niñas^{xlvi}; y iii) el Código Penal establece que las relaciones sexuales con menores de 14 años se consideran violaciones^{xlvii}.

Por ejemplo, en el caso de Fátima, el Estado ha sostenido ante el Comité que “el expediente clínico de Fátima demostraba que su embarazo no presentaba riesgo, ni su vida estuvo en peligro, por lo que la excepción establecida en el artículo 137 del Código Penal (CP) no es viable”^{xlviii}. Asimismo, ha señalado que el aborto “no era una medida que pudiese brindársele a Fátima, toda vez que la excepción del aborto terapéutico debe cumplir con ciertos requisitos para poder aplicarse, los cuales no concurrían para el caso de la actora”^{xlix}.

De este modo, al desconocer el riesgo en que Fátima se encontraba, el Estado está omitiendo no sólo la inclusión del enfoque de niñez, sino los fundamentos científicos que ponen en evidencia el riesgo para la vida, salud física, mental y social de Fátima tanto por la violación sufrida, como por el embarazo forzado a sus 13 años. Asimismo, Guatemala está omitiendo la interpretación que debe darse al derecho a la vida y, por ende, a la excepción plasmada en su ordenamiento, de conformidad con los estándares del Comité de Derechos Humanos en relación con dicho derecho, en el sentido de que debe proveerse el aborto “cuando llevar el embarazo a término causaría dolores o sufrimientos considerables a la mujer o la niña embarazada, especialmente si el embarazo es consecuencia de una violación o un incesto”¹.

Así, de lo afirmado por el Estado en el caso de Fátima se desprende que, incluso tras tener pruebas de los daños irreversibles causados a Fátima a partir de la denegación de este servicio de salud, Guatemala sigue manteniendo que el aborto no era legalmente una opción. Esto es de suma preocupación, ya que, por un lado, significa que este servicio de salud sigue sin estar disponible para niñas víctimas de violencia sexual, favoreciendo que historias como las de Fátima continúen repitiéndose; y por otro, confirma la interpretación restrictiva que hace el Estado de la excepción riesgo para la vida establecida en el Código Penal al momento de los hechos, misma que sigue vigente como la única opción para acceder a una interrupción del embarazo.

ii. La falta de acceso a educación sexual integral

Según datos del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (Planea) 2018-2022 tan solo el 43.53% de adolescentes “indicó haber recibido información sobre cómo prevenir el embarazo” y el restante 56.47% manifestó no contar con esta información^{li}. Existen, además,

diferencias por grupo étnico, siendo más alto el porcentaje de adolescentes indígenas (67.8%) que reporta no tener información sobre cómo prevenir el embarazo^{lii}.

Asimismo, un informe de enero 2022 del Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala expone que entre enero y junio 2021 se registraron 2.737 embarazos en niñas de entre 10 y 14 años; y 54.841 entre niñas de 15 y 19 años, y entre los departamentos que presentan mayor cantidad de embarazos se encuentra Huehuetenango (departamento de Fátima)^{liii}. Sin embargo, a pesar de estas alarmantes cifras, Guatemala aún no garantiza el acceso a educación sexual integral.

iii. El caso de Fátima vs. Guatemala^{liiv}

Fátima tenía 13 años cuando fue violada por un docente y ex integrante de la institución encargada de velar por la protección de la niñez en Guatemala. Como consecuencia de la violación, quedó embarazada. La madre de Fátima presentó una denuncia contra el agresor por las violaciones sexuales a su hija. Inmediatamente, su familia comenzó a recibir amenazas e intimidaciones para que retiraran las denuncias. Meses más tarde, el juez que conocía del caso emitió una orden de captura en contra del agresor. Pese a que Fátima, su familia, y sus abogadas han aportado información a las autoridades sobre el paradero del agresor, hasta el día de hoy no ha sido capturado.

Tanto la violación como el embarazo no deseado causaron graves consecuencias de salud a Fátima, incluyendo ideas suicidas. A pesar de esto, y de que ella manifestó en varias oportunidades que no quería continuar con el embarazo, fue forzada a llevarlo a término. En Guatemala el aborto es criminalizado excepto cuando la vida de la mujer está en riesgo. En la práctica, esto ha sido interpretado restrictivamente, produciéndose, en la práctica, en un marco normativo que prohíbe el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto.

Durante el embarazo, Fátima fue obligada a abandonar la escuela. Luego del parto, cuando quiso volver, no se le admitió con la excusa de que tenía que contraer matrimonio. Fátima tuvo que buscar acompañamiento legal para poder volver a estudiar. Hoy Fátima aun enfrenta las graves consecuencias de la violencia sexual, de una maternidad forzada y de no haber obtenido justicia y reparación en su caso. Ella desea que a ninguna niña se le arrebatase su infancia.

V. El contexto nicaragüense

En Nicaragua, si bien hay una falta generalizada de información estadística, se calcula que al menos 5 niñas menores de 14 años dan a luz cada día^{lv}. De hecho, según los últimos datos disponibles, Nicaragua es el país de América Latina con la tasa más alta de nacimientos de madres de menos de 18 años^{lvi}, el 24.6%^{lvii}.

La principal causa de los embarazos de menores de 14 años es la violencia sexual^{lviii}. Esto es alarmante, sobre todo si se tiene en cuenta que solo en 2019, el Instituto de Medicina Legal registró 4.564 casos de abuso sexual de los cuales el 82.4% eran casos de niñas, niños y adolescentes^{lix}.

En Nicaragua el aborto está penalizado en todos los casos, sin excepción, incluso cuando hay riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada o cuando el embarazo es consecuencia de violencia sexual^{lx}. Estas leyes restrictivas afectan a todas las mujeres, pero tienen un efecto desproporcionado en niñas y adolescentes. La violencia sexual en niñas y adolescentes tiene consecuencias negativas en su salud mental, física y social que las hacen más vulnerables a sufrir de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y suicidio, entre otros^{lxi}. Cuando esta violencia se traduce en maternidades no deseadas, a todas estas consecuencias se suman los riesgos de la mortalidad materna y los efectos sociales que ser madres a tan corta edad tienen en las niñas para el resto de sus vidas.

iv. El caso de Lucía vs. Nicaragua^{lxii}

Lucía tenía 13 años cuando comenzó a ser víctima de violación sexual por parte del sacerdote del coro infantil de la parroquia a la que asistía. Como consecuencia de la violencia sexual, quedó embarazada.

La familia de Lucía presentó la denuncia en contra del agresor, por lo que recibieron amenazas y fueron estigmatizados por la comunidad, por haber denunciado a un “hombre de Dios”. Meses después, un juez ordenó la captura del agresor. A pesar de eso, y aun cuando la policía conocía su lugar de domicilio y de trabajo, nunca fue capturado.

Tanto la violación sexual como el embarazo producto de ésta causaron graves afectaciones de salud a la Lucía. Aunque ella no deseaba continuar con el embarazo y manifestaba “querer morir”, fue forzada a llevarlo a término. En Nicaragua el aborto se encuentra penalizado en todas las circunstancias, sin ninguna excepción. Además, Lucía tuvo que enfrentar que le llamaran en su barrio y en la escuela “la mujer del cura” y que se le culpabilizara a ella y a su familia por las violaciones que enfrentó.

Lucía no solo espera que compartir su caso genere las reparaciones que le permitan retomar su proyecto de vida; sino también que ninguna otra niña sea obligada a interrumpir su infancia y sus sueños por cuenta de una maternidad forzada.

v. El caso de Susana vs. Nicaragua^{lxiii}

Susana nació y creció en una zona rural de Nicaragua azotada por la violencia. Desde que tenía 7 años, fue víctima de violación sexual por parte de su abuelo materno, quien es miembro de un grupo armado ilegal. El agresor también le prohibía salir de la casa o recibir visitas. Estos hechos ocurrieron de forma reiterada hasta que, en septiembre de 2014, a sus 13 años, Susana quedó embarazada. La abuela de Susana intentó presentar la denuncia en contra del agresor en cinco ocasiones, pero fue rechazada por diferentes comisarías.

Después de que Susana logró interponer la denuncia penal, no recibió ninguna noticia sobre los avances de la investigación por cuatro años. Pasado ese tiempo, Susana fue informada de que el

Estado no podía emprender acciones en el caso debido a la situación de violencia y la presencia de grupos armados en la zona que habitaba su agresor.

En Nicaragua el aborto se encuentra penalizado en todas las circunstancias, sin ninguna excepción. Por ello, Susana no tuvo opciones para interrumpir su embarazo, pero tampoco tuvo acceso a servicios de salud materna durante la gestación. Al momento del parto, el personal de salud ejerció violencia obstétrica contra ella.

Susana nunca pudo acceder a la educación. Hoy en día, además de vivir las afectaciones irreversibles de la violencia sexual y una maternidad forzada, continúa corriendo peligro pues su agresor se encuentra en plena libertad. Susana espera que el Comité haga justicia en su caso para que ninguna niña sobreviviente de violencia sexual sea forzada a ser madre.

VI. El contexto brasileño

La violencia sexual contra niñas en Brasil es endémica. Para superar las consecuencias de esa violencia es necesario comprender cuáles son sus impactos y adoptar medidas relacionadas a la protección de los derechos de las víctimas.

Los datos del Anuario Brasileño de Seguridad Pública registran, en 2023, 83.988 violaciones, resultando en un promedio de una violación cada seis minutos en Brasil. Las víctimas son en su mayoría mujeres y niñas (88,2%), negras (52,2%), con el máximo 13 años (61,6%), violadas por familiares o conocidos (84,7%), en sus propios domicilios (61,7%).

El Sistema de Información en Salud, DATASUS, registró que del 2020 al 2023 hubo 63,264 nacidos vivos, hijos de niñas hasta 14 años, 4 de las cuales fueron menores de 10 años. Fueron 43 niñas por día que fueron madres y enfrentaron mayor riesgo de muerte, de hecho, en 2023, 06 menores de 14 años y 129 adolescentes entre 15 y 19 años fallecieron por causas relacionadas al embarazo.

El caso de la Menina P es emblemático de la realidad en Brasil y revela un patrón de violaciones. Son niñas que sufren violencia sexual, se les niega el acceso a la interrupción legal del embarazo como determina la ley brasileña (el Código Penal de 1940, artículo 128 II) y se les obliga a la maternidad forzada que equivale a una situación de tortura según los estándares internacionales de derechos humanos.

Menina P es una niña de 12 años, que quedó embarazada dos veces producto de violencia sexual, en la ciudad de Teresina, en el estado de Piauí, Brasil. En la segunda vez su caso fue ampliamente reportado en la prensa local y nacional. Hubo omisión y negligencia por parte de las instituciones estatales de salud y de justicia y a la Niña P no se le garantizó su derecho a acceder a la Interrupción legal del embarazo, a pesar de que inicialmente y en repetidas ocasiones expresó su deseo de interrumpir el embarazo. Actualmente la niña se encuentra siendo atendida en un albergue junto con su bebé nacido del primer embarazo fruto de violencia sexual que sufrió.

El caso refleja la realidad de la violación de los derechos humanos y, en particular, de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas en ese lugar. La zona en que vive presenta un contexto de normalización de las uniones de hecho forzadas entre niñas y adultos, así como de embarazos forzados producto de violencia sexual en una ciudad donde la mayoría de sus habitantes viven en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

A pesar del deseo expreso de la niña, agentes estatales condicionaron la realización de la interrupción legal del embarazo a la autorización de sus padres. Según un reportaje publicado por Folha de São Paulo, al ser informada que sus padres no aprobaban el aborto, la niña sufrió un ataque de ansiedad y necesitó ser medicada, lo que demuestra su sufrimiento mental y psicológico. Según la información recopilada por nuestras organizaciones en contacto con la familia de la Menina P, hay evidencia de autolesiones y otros síntomas de problemas de salud mental en la Menina P, sin claridad sobre la atención médica que recibió.

Si bien el Estado no garantizó su seguridad, su salud y su derecho a una infancia y una vida libre de violencia en la primera vez que sufrió violencia sexual, en esta segunda ocasión ella fue impedida de acceder al procedimiento perpetuando una cadena de violencia física, psicológica e institucional con intenso sufrimiento físico y psicológico a la víctima.

La jueza del Tribunal de Niños y Jóvenes de Teresina, autorizó el aborto legal de Menina P, aunque no es necesaria tener la autorización judicial para garantizar el acceso previsto en la ley. Sin embargo, la decisión fue revocada en segunda instancia, tras un recurso interpuesto por la madre por considerar que la niña cambió de postura. El informe señala que la demora se debió a intentos indebidos de disuadir a la niña y su familia de realizar el procedimiento, en detrimento de sus derechos y su salud.

Mientras se esperaba la decisión judicial el padre y la madre fueron contactados por el servicio de salud que brinda la asistencia a Mujeres y niñas Víctimas de Violencia Sexual en estado de Maternidad y, según el informe de la madre, los médicos informaron de los peligros del aborto y dijeron que había riesgo de que la niña ingresara en la Unidad de Terapia Intensiva, poniendo como ejemplo otro caso anterior que tuvo complicaciones quirúrgicas de otra niña con la misma edad. En consecuencia, la niña y su madre cambiaron de opinión. Menina P se sometió a ecografías y recibió información inexacta en la que se sobreestimaban los riesgos de aborto espontáneo.

i. La falta de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

Son notorios los diversos obstáculos indebidos impuestos a mujeres y niñas para acceder al aborto legal en Brasil. Estos obstáculos se refieren a aspectos como la excesiva burocracia para autorizar el procedimiento (incluso en casos como el de la niña Teresina, donde el derecho al aborto está autorizado por ley), la imposición de requisitos irrazonables -como una la necesidad de autorización judicial cuando la ley no lo determina- y el comportamiento de los equipos de salud, motivados muchas veces por el estigma moral y los estereotipos de género sobre el tema del aborto.

La demora en garantizar el acceso al aborto legal para muchas ocasiones se presenta como un dispositivo utilizado para hacer progresar el embarazo y retrasar el acceso hasta el momento en que se le deniega por supuesta incapacidad técnica de los equipos de salud debido al plazo.

En ese contexto es imperativo que el gobierno de Brasil adopte una normativa de salud para garantizar el acceso para las niñas que deciden por no continuar con el embarazo fruto de violación en base al manual de la OMS y los estándares internacionales de derechos humanos.

Esos estándares son particularmente relevantes con relación a la discriminación interseccional que opera en la intersección de múltiples factores de vulnerabilidad que aumentan el riesgo de discriminación en el acceso al aborto en caso de violación para niñas.

El Estado tiene una obligación de debida diligencia reforzada en relación con la violencia sexual de niñas y debe garantizar el acceso a servicios de salud integrales donde las niñas con embarazo fruto de violencia sexual puedan dar su consentimiento informado sobre continuar o no con el embarazo de forma autónoma de acuerdo con su proyecto de vida.

La maternidad forzada – es equivalente a una situación de tortura cuando se les niega la toma de decisión y el acceso a la interrupción legal del embarazo y se les impone la continuidad del embarazo– 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, llevando como consecuencia al abandono escolar, precariedad laboral y posible transmisión intergeneracional de la pobreza

En esos momentos en Brasil se está discutiendo en el Consejo de Derechos de la Infancia y Juventud una resolución que brinda atención a, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos a través del Sistema de Garantía de Derechos de la Niñez y la Adolescencia que tiene por objetivo la eliminación de los obstáculos para el acceso a la salud para las niñas en situación de violencia sexual que optan por terminar con sus embarazos de acuerdo a la ley brasileña. Es muy importante su aprobación para sanar un vacío normativo sobre el acceso al procedimiento de interrupción legal del embarazo de las niñas víctimas de violencia sexual.

VII. Conclusiones

Desde el mismo MESECVI se ha dado un importante trabajo que ha realizado el Mecanismo en el abordaje de la violencia sexual contra niñas y adolescentes y la garantía de sus derechos sexuales y reproductivo, destacando su relación con el embarazo infantil, las maternidades forzadas y la falta de políticas efectivas para abordar estos problemas. Desde la Declaración de 2014 sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, ha reafirmado que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos protegidos por el Derecho Internacional, y ha llamado a los Estados a despenalizar el aborto al menos en casos de

embarazo infantil, garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia y a una atención integral con perspectiva de género.

Además, el MESECVI ha emitido importantes recomendaciones, como la *Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos o la Recomendación General No. 3 de 2021* sobre el consentimiento en casos de violencia sexual, subrayando su impacto en la salud física, psicológica y reproductiva de las niñas y adolescentes. Su trabajo ha sido esencial para avanzar en la garantía de los derechos reproductivos en la región, motivo por el cual las organizaciones de la sociedad civil buscan colaborar de manera estrecha y articulada con este mecanismo en la construcción de soluciones integrales.

El Comité sobre los Derechos del Niño (CDN) ha alertado sobre las altas tasas mundiales de embarazo en la adolescencia y los consiguientes riesgos de morbilidad y mortalidad^{lxiv}, que son superiores a la media cuando se trata de madres adolescentes. En efecto, las muertes relacionadas con el embarazo son la causa principal de mortalidad para las niñas en todo el mundo^{lxv}. Según el CDN, la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva contribuye a que las adolescentes sean el colectivo de mujeres con mayor riesgo de morir o de sufrir lesiones graves o permanentes durante el embarazo y el parto. Por lo tanto, se les debe garantizar acceso al aborto seguro para proteger su vida^{lxvi}.

Asimismo, la OMS^{lxvii} y el UNFPA^{lxviii} también han demostrado que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la mayor causa de muerte entre las niñas y adolescentes, dado que en muchos casos no están físicamente preparadas para enfrentar estas situaciones. Estas complicaciones son aún más frecuentes cuando el embarazo ocurre más cerca de la pubertad. En América Latina, según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la mortalidad materna es de dos (2) a cinco (5) veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las mayores, y el riesgo más alto de morir por el embarazo, el parto o puerperio se presenta en las menores de 15 años^{lxix}, con tasas de mortalidad de dos (2) a tres (3) veces más elevadas que las de las demás adolescentes^{lxx}.

En efecto, como se ha enfatizado con frecuencia por parte de los organismos de derechos humanos, la penalización del aborto da lugar a graves violaciones de los derechos de las mujeres, las niñas, las adolescentes y otras personas gestantes, y obliga a muchas de ellas a soportar ejercicios de violencia física, psicológica y emocional, incluidas muertes evitables^{lxxi}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que el aborto inseguro puede provocar una serie de daños médicos y psicológicos que afectan la calidad de vida y el bienestar de las mujeres, las niñas, adolescentes y otras personas gestantes, incluyendo complicaciones de salud potencialmente mortales^{lxxii}. En este sentido, la OMS ha recientemente ha recomendado eliminar barreras tales como la penalización del aborto que exponen a las mujeres, las niñas, adolescentes y otras personas gestantes, a un mayor riesgo de aborto inseguro.^{lxxiii} La OMS recomienda la eliminación de los enfoques basados en motivos que restringen el acceso al aborto para que el

aborto esté disponible a petición de la mujer, niña, adolescente u otra persona embarazada sin períodos de espera obligatorios, autorización de terceros y regulaciones que limiten quién puede practicar el aborto, así como la adopción de medidas para protección estatales^{lxxiv}.

Aunado a ello, varios órganos de protección de derechos humanos como el Comité DESC^{lxxv}, el Comité CEDAW^{lxxvi}, el CRC^{lxxvii}, así como la Corte IDH^{lxxviii} en el fallo *Guzmán Albarracín y Otras vs. Ecuador*^{lxxix}, han establecido que el acceso a educación e información oportuna, integral, veraz, no discriminatoria, adecuada a la edad de la niñas, niños y adolescentes, y científicamente rigurosa, es necesaria para garantizar que ellas puedan, de acuerdo con la evolución de sus capacidades, tomar decisiones autónomas y libres sobre su sexualidad y reproducción y así asumir comportamientos sexuales responsables. Adicionalmente, el Tribunal Interamericano estableció que el acceso a la información y educación en sexualidad integral es una condición *sin qua non* para que las niñas, niños y adolescentes puedan comprender lo que constituye actos de violencia sexual y dónde denunciar y buscar apoyo, así como “las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas”. También comprender qué constituye “el consentimiento para tales vínculos”, y “el ejercicio de las libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos”^{lxxx}. En el mismo sentido, en el 2018 la UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y la OMS emitieron las *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad*, una importante orientación normativa interinstitucional para la provisión de educación sexual integral a partir de un enfoque basado en la evidencia^{lxxxii}.

VIII. Petitorio

Para abordar de manera integral el contexto de maternidades forzadas en América Latina y el Caribe las organizaciones firmantes solicitamos respetuosamente al Comité que llame a los Estados parte de la Convención de Belém do Pará a adoptar marcos normativos basados los estándares internacionales de derechos humanos previamente expuestos, de manera que garanticen a las niñas y adolescentes el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad y no discriminación que les permitan ser niñas, no madres.

En particular:

1. Modificar su legislación sobre interrupción voluntaria del embarazo a fin de garantizar que todas las niñas puedan acceder a este servicio esencial de salud en condiciones de igualdad y sin discriminación. Para ello, los Estados deben asegurar procedimientos seguros, oportunos y accesibles de interrupción del embarazo.
2. Regular el servicio de interrupción voluntaria del embarazo en el sistema sanitario de salud y no en el sistema penal, en consonancia con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.
3. Adoptar medidas para que el personal sanitario pueda ofrecer información y servicios de interrupción del embarazo sin temor a ser objeto de sanciones penales.

4. Adoptar medidas para que las niñas puedan ser escuchadas y sus decisiones puedan ser garantizadas.
5. Garantizar la Educación Sexual Integral a fin de que las niñas puedan contar con las herramientas para conocer las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas basadas en el consentimiento.
6. Asegurar recursos judiciales efectivos para que los casos de violencia sexual no queden en la impunidad.
7. Adoptar medidas para erradicar los estereotipos de género y la violencia obstétrica en el marco del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

ⁱ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Motherhood in childhood , the untold story. Junio de 2022. En: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Motherhood%20in%20Childhood%20The%20Untold%20Story_EN.pdf

ⁱⁱ OPS. Reseña técnica. 2020. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y; United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Fertility among very young adolescents aged 10-14 years. New York: United Nations: 2020. (Document ST/ESA/SER.A/448).

ⁱⁱⁱ Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. 15 de septiembre de 2022. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

^{iv} UNFPA y OMS. Reseña técnica: El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el; agosto 2020, p. 1. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y y UNFPA Motherhood in childhood: The Untold Story, New York, June 2022, p. 28. En: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Motherhood%20in%20Childhood%20The%20Untold%20Story_EN.pdf

^v UNFPA. 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. 2020. En: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf

^{vi} CIDH, 2021. La llama a los Estados a erradicar la violencia sexual contra mujeres, niñas y adolescentes. En: <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/315.asp>

^{vii} Centro de Derechos Reproductivos. The World's Abortion Laws. En: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>

^{viii} Organización Mundial de la Salud- OMS (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. En: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>. En marzo de 2022, la Organización Mundial de la Salud publicó nuevas directrices sobre la prestación de servicios de aborto. Entre ellas, recomendó eliminar obstáculos normativos innecesarios para acceder al servicio, como la penalización del aborto, pedir autorización de otras personas o instituciones, o establecer límites gestacionales.

^{ix} Corte IDH: Caso Guzmán Albarracín y otros vs. Ecuador. Fondo, reparaciones y costas, párr. 139. 24 de junio de 2020.

^x UNFPA. Orientaciones Técnicas Internacionales de Educación en sexualidad de Naciones Unidas. 2018. En: <https://www.unfpa.org/es/publications/orientaciones-tecnicas-internacionales-sobre-educacion-en-sexualidad>. Ver también: Corte IDH: Caso Guzmán Albarracín y otros vs. Ecuador. Fondo, reparaciones y costas, párr. 139. 24 de junio de 2020, en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_405_esp.pdf; Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. UN Doc. CRC/C/GC/20, párr. 59, (2016); Comité CEDAW. Recomendación general N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer. UN Doc. CEDAW/C/GC/35, párr. 30 b) i), (2017).

^{xi} Representado por Promsex Perú y PPGlobal.

^{xii} Comité de los Derechos del Niño. Camila vs. Perú, comunicación núm. 136/2021, 13 de junio de 2023, Doc. ONU CRC/C/93/D/136/2021.

^{xiii} La primera condena contra Perú fue en el caso de K.L., de 17 años, a quien le negaron la interrupción de un embarazo de feto inviable. Fue obligada a llevar a término el embarazo hasta que dio a luz a un feto que falleció pocas horas después del parto. En 2005, el Comité de Derechos Humanos de la ONU responsabilizó al Estado peruano por no haberle proveído la interrupción voluntaria del embarazo a K.L. y por haberla sometido a tratos crueles, degradantes e inhumanos. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAgkKb7yhstcNDCvDan1pXU7dsZDBaDUczAnaR4IHcz8a0P%2BoOglwA8uuhj0x2ZVgXkXprSuJPXZNZEyd3NO7cFEDXd%2BLpOOW66MaPoQ%2B51My3jCsiuxZB8OJS9q5UVp5>

[S15NqjQ05JiyWEcsqg0ueCXUdDIEDVM%3D](#). La segunda fue en el caso de L.C., quien a los 13 años quedó embarazada como consecuencia de violencia sexual. Tras enterarse de la noticia, se lanzó de un techo y sufrió graves lesiones en la columna. Pese a que pedía la interrupción del embarazo para proceder con la cirugía que requería con urgencia, esta fue aplazada por cuenta del embarazo. En el 2011, el Comité CEDAW declaró responsable internacionalmente al Estado peruano por violar los derechos humanos de L.C., y estableció que el aplazamiento de la cirugía responde a un acto de discriminación que prioriza la función reproductiva y no el bienestar físico y mental de las niñas y las mujeres. https://www2.ohchr.org/english/law/docs/cedaw-c-50-d-22-2009_sp.pdf

^{xiv} Véase Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Ecuador. UN. Doc. CRC/C/ECU/CO/5-6 (26 de octubre de 2017) párrafos 27(a), 35 (a) y 35(c); CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y novenos combinados de Ecuador, 11 de marzo de 2015, CEDAW-C-ECU-CO- 8-9, párrafos 20 y 21.

^{xv} Instituto Nacional de Estadística y Censos, [Violencia de Género | \(ecuadorencifras.gob.ec\)](#), (consultado 07 de julio de 2024).

^{xvi} Plan Internacional. [En Ecuador se registran al día un promedio de 42 denuncias por violación, abuso y acoso sexual a niñas y mujeres](#). (22 de noviembre de 2021).

^{xvii} UNFPA, [Un Asunto Pendiente - la defensa de los derechos y la libertad de decidir](#) (2019)

^{xviii} Jonathan Veletanga, [Ecuador registra más de 51.000 embarazos adolescentes en 2019; la pandemia agudizará esta realidad](#) (2 de octubre de 2020)

^{xix} Pressreader, [El 78% de los embarazos adolescentes ocurren entre los 10 y 14 años de edad](#) (8 de octubre de 2021), citando a CARE, "Análisis Rápido de Género 2021: Situación de niñas y adolescentes en Ecuador" (julio de 2021) página 26.

^{xx} Consejo de los Derechos Humanos, [Visita al Ecuador - Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias](#), (22 de mayo de 2020) UN Doc. A/HRC/44/52/Add.2, ¶ 63

^{xxi} Planned Parenthood, [Vidas robadas: un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años](#) (29 de junio de 2014).

^{xxii} Rodríguez, J., (2014). "Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización". Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, PLANEA, 2017.

^{xxiii} Véase, por ejemplo, Ministerio de Salud Pública, [Información estadística y geográfica de salud](#) (accessed on January 31, 2022);

^{xxiv} Fiscalía General del Estado, [informe mensual sobre "Violencia de Género"](#), sin embargo, se limita a los feminicidios, (consultado el 31 de enero de 2022); Consejo de la Judicatura, proporciona una [herramienta interactiva y actualizada sobre feminicidios](#), (consultado el 31 de enero de 2022).

^{xxv} El Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, publica anualmente un [breve informe estadístico sobre casos de violencia intrafamiliar](#) ("En 2021, al 9-1-1 se han reportado 103.516 emergencias de violencia intrafamiliar", 24 de noviembre de 2021), y algunos [informes esporádicos de emergencias relacionadas con niños](#) (por ejemplo, "Durante 2021, ECU 911 ha coordinado la atención de 714 emergencias relacionadas con niños", 31 de mayo de 2021).

^{xxvi} Código Orgánico Integral Penal del Ecuador, Artículo 149.- Aborto consentido. La persona que haga abortar a una mujer que ha consentido en ello, será sancionada con privación de libertad de uno a tres años. La mujer que provoque su aborto o permita que otro lo provoque, será sancionada con prisión de seis meses a dos años. Artículo 150.- Aborto no punible.- No será punible el aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud calificado, con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, parientes íntimos o su representante legal, cuando ella no esté en condiciones de darlo, en los siguientes casos 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede evitarse por otros medios. 2. 3. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padece una discapacidad mental.

^{xxvii} Corte Constitucional de Ecuador, No. 34-19-IN/32 Acumulados, Sentencia, 28 de abril de 2021.

^{xxviii} La ley restringe la disponibilidad del aborto en casos de violación a 12 semanas para las mujeres y niñas mayores de 18 años, y a 18 semanas para las víctimas menores de edad (artículo 19 de la Ley Orgánica que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo de niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación).

^{xxix} Primicias. [Veto fija plazo único de 12 semanas para el aborto por violación](#) (15 marzo 2022).

^{xxx} Comité CEDAW. Información suministrada por el Ecuador en relación con el seguimiento de las observaciones finales sobre su décimo informe periódico. 8 de diciembre de 2023. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FECU%2FFCO%2F10&Lang=es

^{xxxi} Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2015. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2015/>.

^{xxxii} Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2016. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2016/>.

^{xxxiii} Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2017. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2017/>.

- xxxiv Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2018. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2018/>
- xxxv Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2019. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2019/>
- xxxvi Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2020. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2020/>
- xxxvii Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2021. Disponible en <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2021/>
- xxxviii Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2022. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- xxxix Human Rights Watch, [Submission to the Committee on the Rights of the Child Review of Ecuador](#) July 2021, (13 de julio de 2021).
- xl Corte IDH. Paola Guzmán Albarracín c. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 24 de junio de 2020. Serie C No. 405, párr. 245.
- xli Al momento de los hechos, el aborto en Ecuador se encontraba penalizado excepto cuando el embarazo era consecuencia de violencia sexual en contra de una mujer con discapacidad y cuando existía un riesgo para la vida o salud de la mujer embarazada. Sin embargo, esta excepción se interpretaba de forma restrictiva desconociendo la salud mental y social. El 17 de febrero de 2022, la Asamblea Nacional de Ecuador aprobó un proyecto de ley que permite el aborto para casos de violación dentro de unos plazos determinados.
- xlii César Oliva. El INE presenta indicadores de prevalencia de violencia contra las mujeres en Guatemala (7 marzo 2024).
- xliii Código Penal de Guatemala. [C.P.G]. Decreto No. 17-71. Artículos 133-135. 14 de diciembre de 1992 (Guatemala).
- xliv Artículo 137 del Código Penal de Guatemala establece: "No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico; si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos".
- xlv Gobierno de Guatemala. *Gobierno de Guatemala Presenta Ruta de Atención a Niñas Embarazadas de 14 años*, (5 octubre 2016). Ver también: *Rutas Internas, Abordaje de Embarazos en Niñas y Adolescentes menores de 14 años de edad*, 2016. Por ejemplo, la "Guía para la atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y del postaborto y sus complicaciones" del Ministerio de Salud guatemalteco no contempla el caso específico del acceso al aborto legal de las niñas menores de 14 años.
- xlvi Ver por ejemplo: Organización Mundial de la Salud, *Adolescent pregnancy*, (2 junio 2023); UNFPA, *Adolescent pregnancy*; Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*, p. 17 y 35, (2018).
- xlvii Código Penal de Guatemala. [C.P.G]. Decreto No. 17-71. Artículo 173. 14 de diciembre de 1992 (Guatemala). Reformado por el Decreto 9-2009. Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. 16 de marzo de 2009.
- xlviii Información adicional presentada por el Estado el 27 de noviembre de 2021, trasladada a la parte peticionaria el 19 de mayo de 2022, pág. 7, pág. 15-16.
- xlvi Ibid, pág. 18.
- ^l CDH, *Observación general N° 36 sobre el derecho a la vida*, Doc. de la ONU CCPR/C/GC/36, 2018, párr. 8. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GC/Article6/GC/Article6_SP.pdf
- ^{li} Vicepresidencia de la República de Guatemala. [Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes \(Planea\) 2018-2022](#). (diciembre, 2017) pág. 25.
- ^{lii} Ibid.
- ^{liii} Procurador de los Derechos Humanos. Supervisión al convenio de Cooperación Interinstitucional "Prevenir con educación" 2016-2020, entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Enero de 2022, pág. 3.
- ^{liv} En Guatemala el aborto es criminalizado excepto cuando la vida de la mujer está en riesgo. En la práctica, esto ha sido interpretado de la manera más limitada para incluir únicamente riesgo de muerte inmediata o inminente.
- ^{lv} La Prensa (Diciembre 9, 2018). "Cada día paren 5 niñas en Nicaragua". En: <https://www.laprensani.com/2018/12/09/%20nacionales/2504080-cada-dia-cinco-ninas-paren-en-nicaragua>
- ^{lvi} Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos, U.N. Doc. LC/TS.2017/92. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5168c288-64d7-4262-8b6b-1d5d0fefbf4e/content>
- ^{lvii} Fundes (2016). Embarazo Adolescente en Nicaragua. 2016. En: https://fundes.com/wp-content/uploads/2019/09/Causas_y_consecuencias_del_embarazo_adolescente_en_Nicaragua_Octubre_2016.pdf

- ^{lviii} Mercedes García Ruiz (mayo, 2017). “Embarazos en adolescentes en Nicaragua. Posibles causas y consecuencias”. Revista con la A. En: <https://conlaa.com/embarazos-en-adolescentes-en-nicaragua-posibles-causas-consecuencias/>
- ^{lix} La Lupa (junio 14, 2020), “Abuso sexual en Nicaragua oculto bajo el manto de Rosario Murillo”, En: <https://lalupa.press/abuso-sexual-en-nicaragua-oculto-bajo-el-manto-de-rosario-murillo/>
- ^{lx} Ley No 641, Código Penal de Nicaragua, artículo 143. En: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_nic_codigo_penal.pdf
- ^{lxi} Organización Panamericana de la Salud- OPS (agosto, 2016). “Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.” Informe de consulta técnica. En: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ^{lxii} En Nicaragua el aborto está penalizado en todos los casos, sin excepción, incluso cuando hay riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada..
- ^{lxiii} En Nicaragua el aborto está penalizado en todos los casos, sin excepción, incluso cuando hay riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada.
- ^{lxiv} Observación general No. 15 del CRC: artículo 24 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, CRC/C/GC/15 (17 de abril de 2013).
- ^{lxv} Comité CEDAW Y CRC, Recomendación General No. 31 y Observación General No. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, párr. 22 (14 de noviembre de 2014).
- ^{lxvi} Observación General No. 5 del Comité sobre los Derechos del Niño [en lo sucesivo CRC]: Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del niño. UN. Doc. CRC/GC/2003/5 (noviembre de 2003); Observación general No. 20 del CRN, sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20 (6 de diciembre de 2016). Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsqkirKQZLK2M58RF%2F5F0vH%2Bg0BeHNYSXI2ulaelW9Y1jn%2Ba4Z2iaNPMKIJhzvzq%2BBPHd5dvVM1aQpaih1nCQKMKsmTxxWuZUDLtwpmjwRZN>
- ^{lxvii} OMS, *Adolescent pregnancy*, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- ^{lxviii} UNFPA, *Adolescent pregnancy*, <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>. Actualizado el 19 de mayo 2017.
- ^{lxix} Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*, Lima, Perú, (enero 2011).
- ^{lxx} IPPF/RHO y Women’s Link Worldwide, *Pautas para la toma de decisiones clínicas cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer*, (2018).
- ^{lxxi} Véase CCPR, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Ecuador, 11 de agosto de 2016, CCPR/C/Ecuador/CO/6, párr. 68, en el que el CCPR señaló que un estudio conjunto de UNICEF, Visión Mundial y el Ministerio de Educación reveló que 6 de cada 10 estudiantes en Ecuador han sido víctimas de la violencia en la escuela, y que el 16% de las estudiantes han contemplado el suicidio como resultado. Véase también CAT, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Ecuador, 11 de enero de 2017, CAT/C/Ecuador/7, párrafos 45 y 46, en el que el CAT enfatizó además su preocupación por la criminalización de las interrupciones del embarazo como resultado de una violación.
- ^{lxxii} Hoja informativa de la OMS, [Prevención del aborto inseguro](#) (revisada en febrero de 2019)
- ^{lxxiii} OMS. [Abortion Care Guideline](#), 2022.
- ^{lxxiv}
- ^{lxxv} Comité DESC, *Observación General No. 22, supra* nota 201, párr. 44; Comité DESC, *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4. 11 de agosto de 2000, párr. 34.
- ^{lxxvi} Comité CEDAW, Recomendación General No. 24, *supra* nota 201, párr. 28.
- ^{lxxvii} Comité de los Derechos Niño, Observación General No. 4, *supra* nota 211, párrs. 28 y 39 lit. c); Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 15 (2013), *supra* nota 56, párr. 60; Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 20 (2016), *supra* nota 56, párrs. 39 y 60.
- ^{lxxviii} Corte IDH. *Caso I.V. Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, párrs. 157 y 158.
- ^{lxxix} Corte IDH, *Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador*, *supra* nota 218, párr. 139.
- ^{lxxx} *Id.*
- ^{lxxxi} UNESCO et al, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia (2018), disponible en: [Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia - UNESCO Digital Library](#).