

Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará



OEA

Más derechos
para más gente



Mecanismo de Seguimiento
de la Convención de Belém
do Pará (MESECVI)

La **Organización de los Estados Americanos (OEA)** reúne a los países del hemisferio occidental para promover la democracia, fortalecer los derechos humanos, fomentar el desarrollo económico, la paz, la seguridad, la cooperación y avanzar en el logro de intereses comunes. Los orígenes de la Organización se remontan a 1890, cuando las naciones de la región formaron la Unión Panamericana con el objetivo de estrechar las relaciones hemisféricas. Esta unión se convirtió en la OEA en 1948, luego que 21 naciones adoptaran su Carta. Desde entonces la Organización se ha expandido para incluir a las naciones del Caribe de habla Inglés y Canadá, y hoy todas las naciones independientes de Norte, Sur y Centroamérica y el Caribe conforman sus 35 Estados miembros.

El **Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará** es un sistema de evaluación entre pares consensuado e independiente para examinar los avances realizados por los Estados Parte en el cumplimiento de los objetivos de la Convención. El Mecanismo está financiado por contribuciones voluntarias de los Estados Parte de la Convención y otros donantes, y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA actúa como su Secretaría Técnica.

Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará

Aprobado por el Comité de Expertas del MESECVI en su Decimotercera Reunión, el 13 de octubre de 2016 en la Ciudad de México, México.

Grupo de trabajo e investigación: Susana Chiarotti (Argentina), Flor María Díaz Chalarca (Colombia), Sylvia Mesa Peluffo (Costa Rica), María Elisa Sandoval Argueta (Guatemala), María del Carmen Alanís Figueroa (México), Lidia Giménez (Paraguay), Cristina Altagracia Sánchez Martínez (República Dominicana), Miselle O'Brien-Norton (Saint Kitts and Nevis), Diana González-Perrett (Uruguay)

Con la colaboración de: Tatiana Rein Venegas (Chile), Gloria Camacho Zambrano (Ecuador), Hilda Morales Trujillo (Guatemala)

Coordinación y elaboración: Luz Patricia Mejía Guerrero y Eva Villarreal Pascual (Secretaría Técnica del MESECVI)

Agradecimientos: Patricia Bráñez (CLADEM), Orfe Castillo (Jass-Asociadas por lo Justo), Elida Caballero (Center for Reproductive Rights), Julia Escalante (IPAS) Susana Chávez y Rossina Guerrero (PROMDSR-PROMSEX), Alejandra Cárdenas (Women's Link) y Ximena Casas (PPFA), por sus valiosos aportes; Enrique González por su apoyo en la edición y Hilary Anderson en la traducción.

Inter-American Commission of Women. Follow-up Mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI).
Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará
p. ; cm. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/II)

ISBN 978-0-8270-6599-4

1. Women's rights--America. 2. Teenage pregnancy--America. 3. Girls--Crimes against--America. 4. Child sexual abuse--America.
5. Child marriage--America.

I. Title. II. Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women, "Convention of Belém do Pará".

III. Series.

OEA/Ser.L/II.7.10 MESECVI/CEVI/doc.234/16 Rev.1

Copyright ©2016

Todos los derechos reservados

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)

1889 F Street NW

Washington, DC, 20006

Estados Unidos

Tel: 1-202-370-4579

Fax: 1-202-458-6094

Correo electrónico: mese cvi@oas.org

Página Web: <http://www.oas.org/es/mese cvi>

Facebook: <https://www.facebook.com/ComisionInteramericanaDeMujeres>

Twitter: @MESECVI

<https://twitter.com/MESECVI>

Diseño y diagramación: Celina Hernández

Foto de portada: "Las vendedoras de elote", Lorena Pajares (https://www.flickr.com/photos/lo_/6004716067/in/album-72157627209957541/)

Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará



Mecanismo de Seguimiento
de la Convención de Belém
do Pará (MESECVI)



OEA

Más derechos
para más gente



Fotografía: Casa de Rosa. Lorena Pajares. (https://www.flickr.com/photos/ro_221238631/in/album-72157594219680821/)

Índice

1. Introducción: la violencia sexual contra niñas y el embarazo infantil. Importancia en la región	7
2. Contexto en América Latina y el Caribe	11
3. Corpus iuris interamericano y universal de protección de los derechos de las niñas frente a la violencia sexual, el embarazo infantil, las maternidades forzadas y el matrimonio infantil	15
3.1. La Interpretación amplia y reforzada de la Convención de Belém do Pará	15
3.2. La interpretación del derecho a vivir libres de violencia en concatenación con otros derechos de las niñas	17
4. Prácticas Nocivas	20
4.1. Embarazos infantiles y obstáculos en la atención en el sector salud como Tortura	20
4.2. Matrimonio Infantil y forzado	24
5. Las cifras de la impunidad	29
5.1. Estadísticas en América Latina y El Caribe	30
6. Normativa sobre violencia sexual contra las niñas en América Latina y El Caribe	37
6.1. Normativa penal	37
6.1.1 Normativa sobre Violación	38
6.1.2 Regulación sobre el abuso sexual contra niñas	41
6.1.3 Regulación del incesto o abuso sexual incestuoso	41
6.2. Legislación sobre violencia obstétrica	42
6.3. Legislación sobre violencia institucional	44
6.4. Legislación que permita la interrupción del embarazo infantil por causas terapéuticas	45
6.5. Legislación que permita la interrupción legal del embarazo infantil por violación sexual	46
7. Los protocolos de atención por violación sexual en niñas y adolescentes	47
7.1. Contexto general	47
7.2. Panorama regional	49

8. Legislación sobre matrimonio infantil y forzado de las niñas en América Latina y El Caribe	54
9. Acceso a la Justicia y debida diligencia en los casos de las niñas víctimas de violencia sexual	58
9.1. Información y Estadísticas en el Sector Justicia	59
9.2. Medidas de Protección	62
9.3. Medidas de autocomposición procesal, mediación y otros mecanismos para evadir la responsabilidad penal en detrimento de las niñas	63
9.4. Capacitación del personal de Justicia	63
9.5. Patrocinio jurídico gratuito	64
9.6. Belém do Pará como Instrumento para el sistema de Administración de Justicia	66
10. Conclusiones	67
11. Recomendaciones	69
11.1. Políticas públicas en el ámbito legislativo	69
11.2. Políticas públicas en el ámbito educativo	69
11.3. Políticas públicas en el ámbito de la salud	70
11.4. Políticas públicas en el ámbito del acceso a la justicia	71
11.5. Políticas públicas en el ámbito de la comunicación	72

1. Introducción: la violencia sexual contra niñas¹ y el embarazo infantil. Importancia en la región.

1. El derecho de las niñas y adolescentes a vivir libres de violencia y discriminación ha sido uno de los temas más relevantes en los últimos años en la región americana. Las altas cifras de violencia sexual y su incidencia en el embarazo infantil y adolescente, las maternidades forzadas y la ausencia de políticas que aborden de manera efectiva esta grave situación ha venido siendo una amplia preocupación para el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) y en concreto de su Comité de Expertas (CEVI).
2. Desde su Primer Informe Hemisférico, el Mecanismo ha señalado a los Estados Parte² la importancia de atender de manera prioritaria el derecho de las mujeres a vivir libres de violencias y ser educadas libres de estereotipos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, vista la grave situación que impide el ejercicio pleno de estos derechos, lo que afecta de manera directa a las mujeres y a las niñas de la región.
3. La gravedad de la violencia sexual contra las niñas en la adolescencia temprana se ha hecho más notoria en los últimos años, dada la amplia publicidad que se ha dado a lo largo de la región de casos de niñas embarazadas que, después de haber sido víctimas de violencia sexual, son obligadas a continuar con su embarazo por diversas razones, entre las que destacan las prohibiciones legales de la interrupción del embarazo, la desinformación sobre estos hechos, la existencia de legislación que perpetúa los estereotipos de género y la ausencia de protocolos de actuación en los casos donde el aborto es legal.
4. La manifestación de este tipo de violencia sexual y estructural contra niñas y adolescentes, recobra mayor complejidad en la medida de las consecuencias que estos embarazos tempranos pueden traer no sólo física, sino psicológicamente, además de significar la afectación del derecho al pleno desarrollo de las niñas y su proyecto de vida, en tanto son obligadas o forzadas a culminar estos embarazos.
5. La violencia sexual contra niñas y mujeres es una de las manifestaciones más claras de los mandatos sociales y las tradiciones de una cultura patriarcal que alienta a los hombres a creer

1 El Comité utilizará los términos "niña" o "niñas" entendiéndolo por éstas a todas aquellas menores de 18 años cumplidos, conforme al concepto utilizado por la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y el corpus juris internacional sobre la materia. Para los efectos de este informe se atenderá particularmente la situación de las niñas por debajo de los 14 años de edad.

2 Todos los Estados que conforman la Organización de los Estados Americanos, excepto EEUU, Canadá y Cuba.

que tienen el derecho a controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres³. La gravedad de esta situación se profundiza cuando las víctimas son niñas y cuando éstas quedan embarazadas como consecuencia de la violencia sexual. De esta realidad dan ampliamente cuenta las cifras de nuestra región, que destaca a nivel global, al tener el mayor índice de embarazo infantil y adolescente, después de África Subsahariana y el sur de Asia⁴.

6. En su Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos⁵, el CEVI amplió las recomendaciones y declaró que los derechos sexuales y reproductivos se basan en otros derechos fundamentales, tales como el derecho a la salud, a estar libre de discriminación, el derecho a la vida privada, a la integridad personal y a no ser sometido a torturas, tratos crueles e inhumanos, el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia y por lo tanto, a ser libres de violencia sexual.
7. Señala la Declaración que la violencia sexual tiene consecuencias sumamente graves sobre las mujeres, niñas y adolescentes y sobre la sociedad, además de que afecta su salud física y reproductiva, incrementa el riesgo de mortalidad materna e infantil, genera embarazos de alto riesgo y otros problemas asociados al embarazo como abortos inseguros, partos prematuros, sufrimiento fetal, entre otros. Entre las consecuencias psicológicas caben destacar la falta de autonomía, miedo, depresión, angustia, estrés postraumático, ansiedad y mayores riesgos de suicidio.
8. Un amplio andamiaje de derechos ha sido construido a lo largo y ancho de las Américas para hacer frente a estas situaciones, entre otras. La mayoría de los Estados de la región, además de ser signatarios de la Convención de Belém do Pará, son también signatarios de un robusto corpus juris internacional que permite avanzar en medidas de toda índole, tanto legislativas como administrativas y judiciales, para garantizar estos derechos. El MESECVI ha hecho recomendaciones en forma constante, en virtud de su condición de órgano encargado de evaluar las políticas públicas de los Estados en la implementación de la Convención y sus obligaciones internacionales derivadas.
9. De otro lado, la dogmática penal de la región reconoce que los abusos sexuales de niñas menores de 14 años constituyen un delito, dado que se niega validez a su consentimiento. Por ello, para el CEVI todo embarazo en una niña de menos de 14 años de edad debe considerarse no consentido y, por tanto, producto de violencia sexual, excepto en los casos donde las relaciones sexuales son entre pares. Sin embargo, la ausencia de políticas públicas destinadas a abordar de manera consistente el derecho a que las niñas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos libres de violencia, ha traído como consecuencia una alta tasa de mortalidad materna, tal y como quedó constatado durante la Ronda de Seguimiento; así como graves secuelas en la vida de las mujeres y las niñas que no tuvieron acceso a servicios de salud o de educación dirigidos a atenderles de manera libre e informándoles sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

3 Connell, 2000; Dobash y Dobash, 1979; Gasman et al., 2006; Heise et al., 1999; Jewkes et al., 2002 (Original no consultado, citado por: Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual).

4 Connell, 2000; Dobash y Dobash, 1979; Gasman et al., 2006; Heise et al., 1999; Jewkes et al., 2002 (Original no consultado, citado por: Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual).

5 Mecanismo de Seguimiento a la Implementación de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres – Convención de Belém do Pará – (MESECVI) (2014), Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/DeclaracionDerechos-ES.pdf>

10. Vale destacar que el Objetivo de Desarrollo del Milenio No.5⁶, que propuso reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna para el año 2015, fue el más rezagado en su cumplimiento. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, las niñas más vulnerables, y las que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones o morir por el embarazo y el parto, tienen 14 años o menos. Este grupo de adolescentes más jóvenes no suelen ser tomadas en cuenta en las instituciones nacionales de salud, educación y desarrollo, o suelen quedar fuera de su alcance, en general, porque estas niñas normalmente están sujetas al control de matrimonios forzados⁷ y no pueden asistir a la escuela ni acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de manera autónoma⁸.
11. La situación de vulnerabilidad se incrementa entre las niñas que pertenecen a hogares pobres, puesto que esa condición las expone a mayores riesgos de sufrir violencia de género y, particularmente, abuso y violencia sexual, en tanto son niñas que asumen roles de adultas. Entre otros factores facilitadores o de riesgo de sufrir violencia, cabe destacar que trabajan en la calle o en condiciones muy precarias, se desplazan o quedan solas en el hogar, deben atender a los hombres adultos de la familia, son entregadas a hombres o a familias para que les den comida y vivienda a cambio de trabajo, viven de forma hacinada⁹.
12. A la gravedad de esta situación se suma que las mujeres y niñas que son víctimas de violencia difícilmente buscarán atención médica por miedo o estigma. Así mismo, suelen tener menos acceso a servicios de salud, anticoncepción oral de emergencia o a la terminación de un embarazo forzado, lo que facilita un patrón mayor de violencia que se extiende a lo largo de la vida. En efecto, se ha determinado que además de la violencia sexual que suponen los embarazos tempranos, la violencia de género es más alta en mujeres que tuvieron su primer hijo o hija en una edad más joven¹⁰.
13. Además de ello, las consecuencias de dichos embarazos también tienen efectos importantes en el producto de la violación. Los hijos/as de niñas embarazadas tienen de dos a siete mayores probabilidades de tener bajo peso al nacer; las afectaciones para las niñas pueden perturbar su salud y crecimiento; se perpetúa el ciclo de la pobreza; aumenta la deserción escolar; existe mayor riesgo de que los hijos/as sufran abuso físico, negligencia o desnutrición¹¹, y en general se afecta de manera directa el derecho de las niñas a vivir libres de violencia y su derecho a crecer y a ser educadas libres de patrones estereotipados¹².

6 Ver: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

7 Ver: definición de matrimonio forzado en el párrafo 27

8 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2013), Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>

9 Camacho, Gloria (2014). La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. Análisis de los resultados de la Encuesta nacional sobre Relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género, Ministerio del Interior, INEC.

10 International Planned Parenthood Federation, Region del Hemisferio Occidental. 2014. Datos sobre la violencia basada en género en Latinoamérica y el Caribe. Disponible en: <https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Datos%20sobre%20la%20Violencia%20basada%20en%20G%C3%A9nero%20en%20Latinoam%C3%A9rica%20y%20el%20Caribe.pdf>

11 UNFPA, 2016. Estado de la Población Mundial 2016. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/swop>

12 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará", 1994. Artículo 6: El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros: a. el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y b. el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelémDoPara-ESPANOL.pdf>

14. Ante esta realidad regional, el Comité de Expertas de la Convención de Belém do Pará en su Doceava Reunión aprobó la realización de un informe temático sobre el embarazo infantil y derechos sexuales y reproductivos, abarcando la violencia sexual y la maternidad forzada. El objetivo de este informe es proveer información sobre dicha problemática y su relación con la violencia, así como emitir recomendaciones a los Estados Parte orientadas a que mejoren la eficiencia de las medidas adoptadas en el cumplimiento de la garantía del derecho de las niñas a vivir una vida libre de violencia.
15. El CEVI reconoce que para que este fin sea posible, un elemento fundamental para asegurar la eficacia de las recomendaciones a los Estados es evaluar los esfuerzos implementados en el hemisferio en materia de políticas públicas para proteger el derecho de las niñas y adolescentes a vivir libres de violencia, así como los resultados obtenidos¹³. Con este objetivo el MESECVI ha desarrollado un Sistema de Indicadores de Progreso en sus Rondas de Evaluación Multilateral de la Implementación de la Convención¹⁴, que permite ofrecer un panorama general del estado del derecho de las niñas a vivir libres de violencia y las barreras existentes en la mayoría de los Estados para alcanzar este derecho.
16. Dado que el Sistema de Indicadores de Progreso permite evaluar un importante grupo de políticas públicas dirigidas a abordar esta problemática en la región, a partir de los estándares interamericanos y universales de protección de los derechos de las niñas y las adolescentes, el presente informe utiliza como fuente principal de información las respuestas dadas por los Estados en el marco de las Rondas de Evaluación y el análisis del cuerpo normativo, doctrinario y jurisprudencial por parte del propio Mecanismo y demás órganos del Sistema Interamericano e internacional de protección de derechos humanos.
17. Con el objetivo de levantar un diagnóstico general sobre los esfuerzos de los Estados Parte de la región y precisar hacia dónde debe dirigir el CEVI sus recomendaciones, el MESECVI consultó a los Estados Parte, en el marco de las Rondas de Evaluación entre 2013 y 2016, un conjunto de indicadores relativos a la violencia sexual contra las niñas, y de manera específica contra las niñas de entre 10 y 14 años de edad. Entre otras conclusiones, se relevaron las altas tasas de embarazo en niñas y adolescentes (10 a 14 años de edad), de embarazadas que acuden a control prenatal, partos que son atendidos por comadronas versus personal médico especializado, partos a término, abortos y mortalidad materna en niñas y adolescentes, número y porcentaje de partos a término en niñas y adolescentes, número y porcentaje de abortos en niñas y adolescentes y tasa de mortalidad materna en niñas y adolescentes. A lo largo de este informe, veremos cuál ha sido el tratamiento dado por los Estados a la grave situación que arroja el análisis de estos indicadores.

13 Convención de Belém do Pará, 1994. Op. Cit. Art. 3: Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. Art. 9: Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

14 MESECVI (2015), Guía práctica para el sistema de indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará, http://www.oas.org/es/mese cvi/docs/Guia_Indicadores_BDP_ESP.pdf

2. Contexto en América Latina y el Caribe

18. Teniendo en cuenta que las niñas y adolescentes en América Latina y El Caribe superan el 20% de la población¹⁵, las tasas de embarazo infantil y adolescente en los países de esta Región se encuentran entre las más altas del mundo, lo que evidencia que nos encontramos ante una situación que representa un desafío para la región¹⁶.
19. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), cada año se producen en el mundo 2 millones de partos de niñas menores de 15 años. De acuerdo a este estudio, América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron, y se prevé que sigan aumentando al menos hasta el 2030. De acuerdo a este Organismo, en América Latina entre el 20% (una de cada 5 mujeres) y el 9% de las entrevistadas declaró haber sufrido abuso sexual en la infancia (García-Moreno et al., 2005). Asimismo, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México encontró que entre el 17% de las mujeres informaron violencia sexual y la mitad declaró que este abuso ocurrió antes de los 15 años de edad (INSP, 2003; Olaiz et al. 2006). Diversos estudios en Latinoamérica y el Caribe han demostrado que entre el 7% y el 36% de las mujeres informan haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia¹⁷ (Jewkes et al., 2002), siendo el embarazo infantil una de las más dramáticas consecuencias de esta violencia.
20. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también ha estimado que entre el 11 y el 20% de los embarazos en niñas y adolescentes son resultado de violencia sexual¹⁸. También señala que a los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, y en el caso del 60% de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, fueron relaciones no voluntarias con hombres que en promedio las superaban en 6 años¹⁹.

15 Luis Távora Orozco. Lima, Perú, 2011. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf> Luis Távora Orozco. Lima, Perú, 2011 Embarazo en adolescentes: ¿Una realidad en transición? PROFAMILIA-CENISMI (2011). Disponible en: http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/embarazo_adolescentes_RD.pdf.

16 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2007. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/desafios__n4_esp_Final\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/desafios__n4_esp_Final(1).pdf)

17 Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. Op. Cit.

18 Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015. Boletín Informativo Julio 2015: El Embarazo en Adolescentes

19 *Idem*

“ A los 10 años [quede embarazada] de un padrastro... yo no quise tener porque fue producto de una violación y no iba a tenerlo... Veo que para ser madre hay que tener un poco de paciencia porque dicen que me pueden quitar a mi hija donde yo siga maltratándola... mi hija estuvo internada porque mi hija sufrió pulmonía.”

K., 17 años, Ecuador

Fuente: PPFA (2016). "Historias de Vidas Robadas: La historia de una, la historia de muchas"

21. En el mismo sentido se ha pronunciado el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)²⁰, al señalar que el embarazo en adolescentes y niñas menores de 14 años tiene también una estrecha relación con la violencia sexual. Estos embarazos son en su mayoría no deseados y afectan en mayor medida a grupos vulnerables y desprotegidos, además, cuanto más joven es la niña o adolescente que inicia su vida sexual, más probable es que esto suceda de manera forzada. Igualmente, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) señala en su informe *Niñas Madres* que la mayoría de los embarazos infantiles son resultado de violencia sexual, ejercida por integrantes de la familia (abuso sexual incestuoso), conocidos, vecinos o extraños, a diferencia de lo que sucede en los embarazos de las adolescentes entre los 15 a 19 años, que pueden ocurrir con mayor frecuencia como consecuencia de la iniciación sexual temprana²¹.
22. Esta situación se agrava en los casos de la adolescencia temprana en tanto la violencia sexual contra las niñas tiene múltiples afectaciones sobre el derecho a la vida, a la integridad física y psicológica, al desarrollo integral y al demás conjunto de derechos humanos necesarios para desarrollar integralmente la personalidad.
23. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado, que las niñas menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de entre 20 y 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es un 50% superior²². En el informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) también constató que “actitudes como la indiferencia, el maltrato y la discriminación por parte de funcionarios del sector salud, perjudican a las mujeres y niñas víctimas de violencia y/o abusos sexuales, así como la falta de servicios apropiados de salud reproductiva para abordar estas situaciones de violencia, constituyen barreras en el acceso a los servicios de salud.”²³
24. La CIDH también ha señalado el grave problema de la discriminación y la violencia en el ámbito de la educación. El 12 de marzo de 2002, la Comisión publicó un informe de solución amistosa en el caso de Mónica Carabantes Galleguillos, el cual se refiere a la expulsión de una institución de enseñanza privada subsidiada por el Estado de Chile de una estudiante de secundaria por su estado de gravidez. Cuando la familia impugnó la expulsión ante la justicia, la acción de la institución fue mantenida hasta el nivel de revisión por la Corte Suprema. La solución abarcó la aprobación de leyes sobre acceso a la educación por parte de estudiantes embarazadas, el reconocimiento por el Estado de las violaciones denunciadas, y el otorgamiento de una beca a la víctima para realizar estudios superiores²⁴. Igualmente, en el informe “Acceso a la Justicia

20 UNFPA 2016. Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version.pdf>

21 Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2016), *Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Pág. 7. Disponible en: <http://www.cladem.org/pdf/nin%CC%83as-madres-balance-regional>.

22 Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

23 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), 2010. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos Par. 36. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>.

24 CIDH, 2002. Informe n° 33/02, Solución amistosa petición 12.046, Mónica Carabantes Galleguillos vs Chile, 12 de marzo de 2002. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2002sp/Chile12046.htm>

para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual: la Educación y la Salud”²⁵, la CIDH subraya que una de las consecuencias más devastadoras de la violencia sexual sobre el ejercicio del derecho a la educación son los embarazos indeseados.

25. Frente a la violencia sexual contra las niñas en la región dentro del grupo etario 10 a 14 años, se perfilan tres graves violaciones adicionales a los derechos de las niñas establecidos en los tratados internacionales de protección de derechos humanos específicos, que perpetúan la violencia sexual y la violencia estructural de las que han sido víctimas.
26. La primera, la relativa al embarazo infantil forzado, el cual se produce cuando una niña menor de 14 años queda embarazada y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo²⁶.
27. La segunda, la relativa al matrimonio forzado o infantil, el cual se ha conceptualizado en el Sistema Internacional de Protección de Derechos Humanos, como aquel en el que al menos uno de los contrayentes es menor de 18 años²⁷. De acuerdo al Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), setecientos millones de mujeres actualmente vivas se casaron antes de los 18 años de edad, y 250 millones de ellas lo hicieron con menos de 15 años²⁸.
28. La tercera, la impunidad en estos casos, que puede derivarse de deficiencias en la legislación, deficiencias en los protocolos de atención y la investigación y discriminación en razón de su género o de su edad. La discriminación con motivo de su género que sufren las niñas víctimas de violencia sexual y embarazos no deseados es con frecuencia minimizada, pues dada su minoría de edad, son consideradas como un mero objeto de tutela. En este sentido, “la poca credibilidad que tienen niños y niñas –frente al sistema de administración de justicia- que los pone en desventaja cuando se trata de denuncias sobre violencia sexual, ya que se relaciona el mundo infantil con la imaginación exacerbada, de modo que sus denuncias y declaraciones son utilizadas para disminuir la sanción que merecería el agresor.”²⁹
29. En razón de ello, el CEVI analizó el corpus juris que protege a las niñas y las respuestas estatales que han venido dando los Estados para abordar la situación descrita, así como los obstáculos que persisten para enfrentarla de manera efectiva y superarla.

25 CIDH, 2011. Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual: la Educación y la Salud. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65 - 28 diciembre. Par. 7. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/violenciasexualeducysalud.pdf>

26 CLADEM, 2016. Op. Cit. Pág. 9

27 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2014), Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, parr 20

28 UNICEF, (2014), Ending Child Marriage: Progress and Prospects

29 CIDH, 2011, Op. Cit. Parr.52.

3. *Corpus iuris* interamericano y universal de protección de los derechos de las niñas frente a la violencia sexual, el embarazo infantil, las maternidades forzadas y el matrimonio infantil

3.1. La Interpretación amplia y reforzada de la Convención de Belém do Pará

30. Además de la Convención de Bélem do Pará, otras Convenciones de las que son Parte los Estados de la región son relevantes a la hora de analizar las medidas encaminadas a garantizar el derecho de las niñas a vivir libres de violencia y de discriminación. Entre ellas, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Americana de Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de los Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, y un conjunto de declaraciones y análisis internacionales de los organismos de interpretación de estos tratados internacionales de protección de derechos humanos, quienes han venido estableciendo el alcance y contenido de los derechos establecidos en estos cuerpos normativos. Estos tratados y la doctrina y jurisprudencia derivada de sus órganos de interpretación sirven de marco para la interpretación de las obligaciones de los Estados Parte y para el análisis de la realidad en la región Latinoamericana y del Caribe en cuanto la violencia sexual contra las niñas, sus causas y sus consecuencias.

31. Este corpus juris de derechos prescritos en tratados generales de protección de derechos humanos deben ser interpretadas a la luz de las obligaciones específicas previstas en la Convención de Bélem do Pará y deben ser concatenados con las obligaciones de garantizar a todas las mujeres el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; el derecho a la libertad y a la seguridad personales; y el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos³⁰; así como a la obligación de adoptar, por todos los medios y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres³¹, en el entendido de que

30 Convención de Belém do Pará, Op. Cit. Artículo 4: Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: a. el derecho a que se respete su vida; b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; c. el derecho a la libertad y a la seguridad personales; d. el derecho a no ser sometida a torturas; e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia; f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley; g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos; h. el derecho a libertad de asociación; i. el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley, y j. el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.

las violaciones de estos derechos se dan en un marco de relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres³². Además, el Artículo 9 de la Convención de Belém do Pará establece que los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su minoría de edad.

32. Conforme a este marco jurídico internacional, el Estado tiene un deber de debida diligencia aún más intenso respecto a las niñas debido a la obligación de protección especial contenida en los artículos 19 de la Convención Americana y VII de la Declaración Americana, así como a la obligación de debida diligencia reforzada establecida en la Convención de Belém do Pará³³. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido de manera reiterada que el Artículo 19 de la Convención Americana (CADH), según el cual “Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”, debe ser interpretado tanto a partir de la Convención Americana como de la Convención sobre los Derechos del Niño, entendiendo que ambas convenciones forman parte de un muy comprensivo *corpus juris*³⁴.

33. La Corte ha señalado reiteradamente que “[e]l artículo 19 de la Convención Americana no define qué se entiende como ‘niño’”. Sin embargo, el Tribunal se remitió al respecto al Sistema Universal, indicando que “la Convención sobre [los] Derechos del Niño considera como tal (artículo 1) a todo ser humano que no haya cumplido los 18 años, ‘salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad’”.

34. Desde esta perspectiva, las obligaciones establecidas en la Convención de Belém do Pará se refuerzan con las obligaciones establecidas en la Convención sobre los Derechos del Niño, cuando los Estados deben afrontar políticas públicas dirigidas a atender las violaciones de derechos humanos, en especial el derecho a vivir libres de violencia de las niñas que, siendo víctimas de violencia sexual, se ven en la obligación de mantener un embarazo de manera forzada.

31 Convención de Belém do Pará, Op. Cit. Artículo 7: Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso; d. adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad; e. tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer; f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos; g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la Mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces, y h. adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva esta Convención.

32 Convención de Belém do Pará Preámbulo: los Estados Partes de la presente Convención, (...) preocupados porque la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres; (...)

33 CIDH, 2011, Op. Cit., párr. 58.

34 Caso “Niños de la calle” (Villagrán Morales y otros) respecto del Estado de Guatemala, sobre la detención, tortura y ejecución de cinco personas, tres menores de 18 años de edad, uno de 18 y otro de 20, que por su situación eran conocidos como “niños de la calle”. Dichos actos habrían sido cometidos por miembros de la Policía un día después de que uno de ellos, en su día libre, tuviese una discusión con uno de los niños.

3.2. La interpretación del derecho a vivir libres de violencia en concatenación con otros derechos de las niñas

35. Los artículos 5, 7 y 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, establecen la obligación de garantizar el respeto a la integridad física, mental y moral de todas las personas, asegurar que todas las personas puedan gozar de su derecho a la libertad y seguridad personales y proteger a todas las personas de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, o de ataques ilegales a su honra o reputación³⁵.
36. De su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de los Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, establece la obligación a los Estados Parte de garantizar a toda persona el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, al mismo tiempo que mandata la obligación de asegurar el derecho a la educación³⁶. Estas obligaciones, cuando se analizan a la luz de las políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho de las niñas a vivir libres de violencia, deben ser interpretadas de acuerdo al marco teórico de la Convención de Bélem do Pará.
37. En materia de justicia, la jurisprudencia del sistema interamericano de derechos humanos ha establecido que el Estado debe tomar medidas orientadas a proteger especialmente a los niños, niñas y adolescentes, con un mayor cuidado y responsabilidad de acuerdo al principio del interés superior del niño³⁷. La CIDH ha manifestado que para conseguirlo y conforme al corpus juris en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes, los Estados deben garantizar el derecho de las niñas a ser escuchadas, creando mecanismos y entornos propicios para que puedan denunciar la violencia sexual³⁸.
38. Por su parte, el MESECVI en su Declaración Sobre la Violencia Contra Las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos³⁹, recomendó garantizar la educación en derechos sexuales y reproductivos en el sistema educativo; garantizar el efectivo cumplimiento de las leyes que sancionan la violencia sexual contra las mujeres, niñas y adolescentes, así como el acceso a la justicia y reparación de quienes hayan sido víctimas de tales delitos; y asegurar que las víctimas de violencia reciban un trato digno, tomando todas las medidas pertinentes para promover su recuperación física, psicológica y la reintegración social, en un entorno favorable

35 Convención Americana sobre Derechos Humanos. Art. 5.1: Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral , 7.1: Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales; y 11.2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

36 Protocolo de San Salvador, 1988. Artículos 13 y 14 del Protocolo San Salvador. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

37 Corte I.D.H., Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri Vs. Perú. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110, párrs. 124, 163-164, y 171; Corte I.D.H., Caso Bulacio Vs. Argentina. Sentencia de 18 de septiembre de 2003. Serie C No. 100, párrs. 126 y 134; y Corte I.D.H., Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párrs. 146 y 191. En el mismo sentido Corte I.D.H., Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC-17/02 de 28 de agosto de 2002. Serie A No. 17, párrs. 56 y 60. (Original no consultado, citado por: Op. Cit. CIDH (2011), parr. 53)

38 CIDH (2011), Op. Cit. parr. 55

39 MESECVI, 2014. Op. Cit

para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta sus distintas especificidades y necesidades.

39. Igualmente, la Declaración plantea la obligación de los Estados de garantizar la confidencialidad a las víctimas desde el mismo acto de denuncia de los hechos y durante todo el procedimiento de actuación ante una situación constitutiva de violencia, asegurando el derecho a un proceso ágil y rápido, otorgando credibilidad a las víctimas y protegiendo la intimidad y dignidad de las personas afectadas. Asimismo, los Estados deben garantizar que no se reproduzcan conductas de maltrato y humillación en entornos institucionales, y que el personal de salud no revictimice o deniegue el acceso a los servicios de salud a las mujeres que los requieran y que asegure el acceso a la información sobre la salud reproductiva, imprescindible para que las mujeres puedan ejercer su autonomía reproductiva y sus derechos a la salud y a la integridad física; así como garantizar una educación apropiada de acuerdo con la edad sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, incluyendo acceso a información apropiada sobre el VIH/SIDA y las ITS en la currícula escolar en todos los niveles.
40. En materia de educación, de acuerdo a la Convención sobre Derechos del Niño/as, los Estados tienen el deber de adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y la niña y a quienes cuidan de ellos⁴⁰.
41. La Convención establece el deber de desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia⁴¹ y la obligación de velar porque ningún niño/a sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁴², así como el deber de velar porque ningún niño/a sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente⁴³.
42. En materia del derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos, la Convención sobre los Derechos del Niño también establece deberes específicos a los Estados en materia de derechos sexuales y reproductivos, en el sentido de establecer la obligación de adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestando apoyo a los padres de las adolescentes.

40 Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, Art 19.2.2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

41 Ídem, Art. 37, inciso a. Los Estados Partes velarán por que: a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad;

42 Ídem, Art. 24.2, inciso f. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (...) f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

43 Ídem, Art. 37, inciso b) Ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda;

43. En el mismo sentido, el Comité de los Derechos del Niño ha señalado respecto de estas obligaciones que los Estados deben elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia y elaborar políticas que permitan continuar su educación. Por ejemplo, el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General Número 15, señaló que de conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, y los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad⁴⁴.
44. En la misma observación, el Comité llamó la atención sobre la necesidad de que los Estados puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluso mediante servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad, procurando que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva y prohibiendo la discriminación en las escuelas de las adolescentes que se quedan embarazadas⁴⁵.
45. Por último, el Comité señaló que los métodos anticonceptivos y los anticonceptivos de emergencia deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos y recomendó que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal⁴⁶.

44 Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15.. 17 de abril de 2013. Párr. 31. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

45 Ídem. Párr. 56

46 Ídem. Párr. 70

4. Prácticas Nocivas

46. De acuerdo al CEVI, el embarazo forzado perpetúa en la niña la violencia sexual y la expone a nuevas y reiteradas formas de violencia y vulneración de sus derechos humanos, que socavan de igual modo su integridad personal, su condición de niña y sus posibilidades futuras.
47. El Comité CEDAW y el Comité de los Derechos del Niño, en un amplio marco doctrinario, han catalogado el embarazo forzado y los matrimonios infantiles como prácticas nocivas que afectan gravemente los derechos de las niñas. Estos Comités, en su Recomendación General Conjunta 31, señalan sistemáticamente que las prácticas nocivas⁴⁷ están profundamente arraigadas en las actitudes sociales según las cuales se considera a las mujeres y las niñas inferiores a los hombres y los niños sobre la base de funciones estereotipadas. También ponen de relieve la dimensión de género de la violencia e indican que las actitudes y estereotipos por razón de sexo o de género, los desequilibrios de poder, las desigualdades y la discriminación, perpetúan la existencia generalizada de prácticas que a menudo implican violencia o coacción.
48. Asimismo, los Comités expresan su preocupación por que las prácticas también se utilicen para justificar la violencia contra la mujer como una forma de “protección” o dominación de las mujeres y los niños en el hogar o la comunidad, en la escuela o en otros entornos e instituciones educativos, y en la sociedad en general.
49. Los Comités llaman la atención de los Estados partes sobre el hecho de que la discriminación por razón de sexo o de género se entrecruza con otros factores que afectan a las mujeres y las niñas, en particular aquellas que pertenecen o se percibe que pertenecen a grupos desfavorecidos y que, por tanto, corren un mayor riesgo de ser víctimas de prácticas nocivas⁴⁸.

4.1. Embarazos infantiles y obstáculos en la atención en el sector salud como Tortura

50. Buena parte de los embarazos infantiles, además de ser producto de violencia sexual, traen consigo una doble victimización implícita derivada de la falta de protocolos existentes para la atención de la salud de las niñas víctimas de violencia sexual, así como también como

⁴⁷ Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, 2014, . Parágrafo 6

⁴⁸ Ídem

“

Juana quedó embarazada cuando aún tenía 10 años. La niña le dijo a su mamá que le dolía el estómago, fueron al doctor y allí les informaron que tenía un embarazo de aproximadamente 14 semanas. La madre denunció los hechos ante la Procuraduría General de Justicia de Quintana Roo el 23 de marzo de 2010. Desde entonces, la niña se encuentra bajo la custodia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal. La ley del estado permite abortar al producto de una violación, hasta los tres meses de gestación (90 días). Aun cuando los médicos consideraron que se trataba de un embarazo de alto riesgo, las leyes estatales le impidieron practicarse un aborto. Ni la niña ni la madre fueron informadas de que tenían derecho a interrumpir el embarazo por tratarse de un caso de violación. Su embarazo fue de alto riesgo y de acuerdo con la ley del Estado, también se permite el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, sin embargo, desde el Programa de Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo (PAMAR) se confirmó que la Secretaría de Salud consideraba que “la menor se encontraba en excelente estado de salud.” El titular de la Secretaría de Salud del Estado, Juan Carlos Azueta Cárdenas, confirmó en su comparecencia ante diputados locales, que en 2009, 881 adolescentes resultaron embarazadas después de una violación. El funcionario explicó que 16% de los embarazos de menores de edad son por una violación. Sin embargo, ante la Procuraduría General de Justicia del Estado, la Fiscalía Especial de Delitos Sexuales, sólo se denunciaron 150 casos.

Juana, 11 años, México.

”

Fuente: CLADEM, 2016. Niñas madres. Balance Regional embarazo y maternidad infantil forzados en América Latina y el Caribe.

consecuencia de los obstáculos vinculados a las legislaciones que establecen prohibiciones absolutas para el aborto, incluso en los casos de violencia sexual. De esta preocupación han dado cuenta también los órganos de protección internacional y de interpretación de los tratados señalados. El Comité CEDAW ya había señalado en su Recomendación General N° 24 de 1999 sobre La mujer y la salud a los Estados Partes que debían asegurar: “24 m) que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad”⁴⁹; así como “31 c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”⁵⁰.

51. Al respecto, el CEVI ha señalado en repetidas ocasiones su preocupación en cuanto a la armonización de aquellas legislaciones que no permiten el aborto terapéutico, ni para casos de embarazos producto de violación. De igual forma, el CEVI declaró que la negativa a desarrollar políticas públicas y servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres es una violación⁵¹ de derechos humanos y representa violencia institucional por parte del Estado y que, particularmente, el acceso a servicios de interrupción del embarazo debe ser confidencial y la objeción de conciencia por parte del personal de salud no puede por ningún motivo tener como resultado la violación de los derechos humanos de las mujeres⁵².

52. Por su parte, el Relator Especial sobre la Tortura, en su Informe del año 2013⁵³, profundizó sobre la tortura relacionada con la salud, determinando que: “Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género. Ejemplos de esas violaciones son el maltrato y la humillación en entornos institucionales; las esterilizaciones involuntarias; la denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y la atención postaborto;(…)”⁵⁴.

53. El Relator analiza los obstáculos que enfrentan las mujeres y las niñas embarazadas como producto de violencia sexual. El Informe destaca que para muchas víctimas de violación, el acceso a un procedimiento de aborto sin riesgo es prácticamente imposible debido a un laberinto de trabas administrativas y a la negligencia y la obstrucción oficiales. En la decisión

49 CEDAW, 1999. Recomendación General N° 24. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9925.pdf?view=1>

50 Ídem

51 MESECVI, 2012. Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará. Recomendaciones N°10 y 11, Pág. 98. Disponible en: <http://www.oas.org/es/meseuvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-ES.pdf>

52 Ídem

53 Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

54 Ídem, párrafo 46.

histórica de K. N. L. H. c. el Perú, el Comité de Derechos Humanos consideró la denegación del aborto terapéutico una violación del derecho de la persona a no ser víctima de malos tratos. En la demanda P. and S. v. Poland, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró que “el estigma asociado al aborto y a la violencia sexual... causaba mucha angustia y sufrimiento, tanto física como mentalmente” ⁵⁵.

54. El Comité contra la Tortura también ha expresado reiteradamente su preocupación por el hecho de que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos⁴⁹. En numerosas ocasiones, los órganos de las Naciones Unidas han expresado su preocupación al denegarse o restringirse el acceso a los cuidados posteriores al aborto, a menudo con fines inaceptables como imponer un castigo u obtener una confesión. El Comité de Derechos Humanos señaló explícitamente que las violaciones del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos incluían el aborto forzoso, así como la denegación del acceso a un aborto en condiciones seguras a las mujeres que han quedado embarazadas a raíz de una violación y manifestó su inquietud acerca de los obstáculos impuestos al aborto cuando era legal ⁵⁶.

55. En el siguiente Informe⁵⁷ del mismo Relator, publicado el 5 de enero de 2016, se afirma que: “Las mujeres son vulnerables a la tortura y los malos tratos cuando buscan asistencia médica por su disconformidad real o aparente con las funciones que determina la sociedad para cada sexo” (Observación General Núm. 2). La discriminación ejercida contra mujeres, niñas y otras personas por motivos de sexo, género, orientación sexual real o aparente o identidad de género y características sexuales a menudo subyace en la tortura y los malos tratos cometidos contra ellas en entornos sanitarios. Esto es especialmente cierto cuando dichas personas tratan de recibir tratamientos, como el aborto, que pueden ser contrarios a las funciones y expectativas que la sociedad ha asignado a su género. El derecho internacional de los derechos humanos reconoce en grado creciente que los abusos y los malos tratos infligidos a mujeres que tratan de obtener servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género⁵⁸.

56. Destaca el Informe que también aparecen consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo cuando las mujeres se someten a abortos en condiciones de riesgo y cuando se ven obligadas a llevar el embarazo a término contra su voluntad (A/66/254). Estas políticas restrictivas tienen unas repercusiones desproporcionadas en las mujeres y niñas marginadas y desfavorecidas. 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

55 Ídem, párrafo 49.

56 Ídem, párrafo 50

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

58 Ídem, párrafo 42.

(A/HRC/22/53 y CEDAW/C/OP.8/PHL/1). Sin embargo, algunos Estados siguen restringiendo con prohibiciones absolutas del aborto el derecho de las mujeres a abortar de manera legal y sin riesgos. Restringir el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo provoca muertes innecesarias de mujeres (CAT/C/PER/CO/4)⁵⁹.

57. En la Declaración antes citada, el CEVI recomendó a los Estados procurar atención integral para las víctimas de violencia sexual y garantizar a las mujeres la salud sexual y reproductiva, incluyendo su derecho a la vida eliminando el aborto inseguro y emitiendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción legal del embarazo, por lo menos, cuando i) la vida o salud de la mujer esté en peligro, ii) exista inviabilidad del feto de sobrevivir, y iii) en los casos de violencia sexual, incesto e inseminación forzada; así como garantizar que las mujeres y adolescentes tengan acceso inmediato a métodos anticonceptivos económicos, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia, eliminando con ello los efectos discriminatorios en las mujeres de denegarles servicios, basados en estereotipos que reducen el rol primario de las mujeres a la maternidad e impiden que tomen decisiones sobre su sexualidad y reproducción⁶⁰.
58. En conclusión, tanto el Sistema Internacional como el Sistema Interamericano de derechos Humanos tienen un amplio andamiaje de protección para los derechos humanos de las niñas y a su vez, los organismos pertinentes de ambos sistemas han señalado el contenido esencial de las obligaciones derivadas de los Pactos y Tratados de derechos humanos, en cuanto a la grave situación del embarazo infantil de la niñas. Estos estándares son el marco jurídico a partir del cual el CEVI analiza el avance de los Estados de la región en los esfuerzos por la erradicación del embarazo infantil y las maternidades forzadas frente a la violencia sexual de las que son víctimas las niñas de 10 a 14 años en la región, tomando como base para ello el Sistema de Indicadores de Progreso.

4.2. Matrimonio Infantil y forzado

59. El matrimonio infantil, también denominado matrimonio a edad temprana (o forzado a los efectos de este informe), es cualquier matrimonio en el que al menos uno de los contrayentes sea menor de 18 años. El Comité CEDAW en su recomendación general n°31 y el Comité de los Derechos del Niño en su observación General n°18 destacan al respecto que la inmensa mayoría de los matrimonios infantiles, tanto de derecho como de hecho, afectan a las niñas, aunque a veces sus cónyuges también son menores de 18 años. Los Comités destacan que el matrimonio infantil a menudo va acompañado de embarazos y partos precoces y frecuentes, provocando unas tasas de mortalidad y morbilidad materna superiores a la media⁶¹.

60. Además de la definición dada por la CEDAW, UNICEF define el matrimonio infantil como la unión

59 Ídem, párrafo 43.

60 MESECVI, 2014. Op.Cit.

61 CEDAW (2014), Recomendación general N°31. Op Cit. Párr. 20-22

“ En abril de 2015 una niña de Uruguay, de 11 años con discapacidad intelectual, que recibía medicación psiquiátrica, quedó embarazada como producto de abuso sexual por parte de un hombre conocido de la familia de 41 años de edad. Como manifestó “querer continuar su embarazo y contraer matrimonio con el hombre” se le suspendió la medicación psiquiátrica para no dañar al feto; se la interna en un hogar estatal y el 16 de octubre del mismo año se le practicó una cesárea en el Hospital Pereira Rossell. Los facultativos entendieron que había que “respetar el deseo de la niña”. El Juzgado de Familia especializado sostuvo que no correspondía que se pronuncie y ordenó coordinar entre la madre de la niña como representante legal y los facultativos

”

Fuente: CLADEM, 2016. Niñas madres. Balance Regional embarazo y maternidad infantil forzados en América Latina y el Caribe.

formal o informal antes de los 18 años de edad, pero también como una violación fundamental de los derechos humanos, especialmente de los derechos de las mujeres⁶².

61. Un estudio encomendado por la plataforma “Niñas no Novias”⁶³ (Girls not Brides en inglés) de enero de 2015, afirma que en Latinoamérica y el Caribe son más comunes las uniones en edad temprana a los matrimonios, en el entendido que las uniones en edad temprana o uniones de hecho precoces se definen como uniones que siguen patrones informales de vínculo familiar, que pueden ocurrir con o sin consentimiento de las niñas. La percepción es que este tipo de uniones implican menos compromiso para el miembro de la pareja de sexo masculino, lo que en realidad profundiza la desigualdad de género.
62. Este estudio afirma que las uniones y matrimonios tempranos están asociados con factores sociales, culturales y económicos, e identifica a las niñas que habitan en zonas rurales prevalentemente pobres, como población en una situación de especial vulnerabilidad, en ese contexto, las niñas pertenecientes a grupos indígenas son aquellas en mayor riesgo. Otros factores tales como el estigma social relacionado con la maternidad infantil o ser madre soltera y la violencia de género y violencia económica pueden incrementar el riesgo de las niñas de verse involucradas en uniones tempranas en áreas urbanas.
63. La investigación “Niñas no Novias” concluye que las mayores consecuencias para las niñas del matrimonio infantil incluyen una salida repentina y temprana de la escuela, el embarazo temprano y no deseado y los riesgos asociados a éste, la dependencia económica y oportunidades de vida limitadas.
64. Según datos de UNICEF relevados en 2016, el 23% de las niñas en Latinoamérica y el Caribe se unieron en matrimonio en edad temprana, unión de hecho precoz o unión en edad temprana, entre los quince y los dieciocho años, representando el 5% las niñas menores de quince años unidas en matrimonio infantil⁶⁴.
65. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, en su art. 16.2 establece que “No tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños y se adoptarán todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio”.
66. El derecho al “libre y pleno” consentimiento está reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos y añade UNICEF, este consentimiento no puede ser libre y pleno cuando una de las partes involucradas no tienen la madurez para tomar una decisión informada.
67. La Convención de los Derechos del Niño establece otros derechos directamente relacionados con el matrimonio infantil tales como el derecho a la libertad de expresión, el derecho a la

62 UNICEF, 2016, Data on Child Marriage. Disponible en: <http://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/#>

63 Melania Trejo (2015) The Global Partnership to End Child Marriage. Exploratory research: child marriage in latin america.

64 Op. Cit. Nota 62.

protección contra todo tipo de abusos y el derecho a ser protegidos de las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

68. Sobre este asunto, el Comité para los Derechos del Niño⁶⁵ expresó su preocupación al afirmar que el matrimonio y el embarazo precoces constituyen un importante factor en los problemas sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva y remarcó que la edad mínima para el matrimonio, particularmente para las mujeres, es aún muy baja en algunos países. El Comité además recomendó proporcionar acceso a la información a las niñas y adolescentes sobre los perjuicios que el matrimonio y embarazo tempranos les pudieran causar, y a aquéllas que queden embarazadas darles acceso a servicios de salud que tengan en cuenta sus particularidades. También instó a los Estados a proporcionar medidas para reducir la morbilidad y mortalidad en niñas y adolescentes, particularmente en relación con el embarazo temprano y por prácticas de aborto inseguro.
69. La mayoría de los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará son también Parte de la Convención de las Naciones Unidas sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios⁶⁶. Esta Convención recuerda que “No podrá contraerse legalmente matrimonio sin el pleno y libre consentimiento de ambos contrayentes” e insta a los Estados Parte a “adoptar las medidas legislativas necesarias para determinar la edad mínima para contraer matrimonio”. Sobre esta obligación se han pronunciado tanto el Comité de los Derechos del Niño como el Comité CEDAW⁶⁷, recomendando firmemente que los Estados Partes examinen y, cuando sea necesario, reformen sus leyes y prácticas para aumentar la edad mínima para el matrimonio, con o sin acuerdo de los padres, a los 18 años tanto para las chicas como para los chicos.
70. Desde 2013, el Consejo de Derechos Humanos y el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas han intensificado los esfuerzos para prevenir y eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado. En consecuencia, el 17 de noviembre de 2014, en el 69º período de sesiones, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una Resolución sobre Matrimonio infantil, precoz y forzado, en la que reconoce que “el matrimonio infantil, precoz y forzado es una práctica nociva que viola los derechos humanos, abusa contra ellos y los menoscaba y está relacionada con otras prácticas perjudiciales y violaciones de derechos humanos y las perpetúa y que esas violaciones tienen un efecto desproporcionadamente negativo en las mujeres y las niñas”; e insta a los Gobiernos a “promover y proteger los derechos humanos de todas las mujeres y niñas, en particular su derecho a tener control y decidir con libertad y responsabilidad sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, entre ellas la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia, y a aprobar y acelerar la aplicación de leyes, políticas y programas que protejan y permitan el disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluidos los derechos reproductivos”.⁶⁸

65 Comité para los Derechos del Niño (2003), Observación General N°4. Salud adolescente y desarrollo en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño., U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003). Disponible en: http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/04.pdf

66 UN, 1964, Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/MinimumAgeForMarriage.aspx>

67 Comité CEDAW, Observación General N° 21 de 1994. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

68 Naciones Unidas, Asamblea General, 2014. Matrimonio infantil, precoz y forzado. A/C.3/69/L.23/Rev.1, 17 de noviembre. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2015/9836.pdf?view=1>



5. Las cifras de la impunidad

71. El CEVI entiende que para cerrar la brecha de impunidad sobre los actos de violencia sexual contra las niñas en la región es necesario identificar el problema y dimensionar sus consecuencias, a partir del desarrollo de un marco normativo que tipifique este tipo de conductas, un sistema que atienda de forma integral a las niñas víctimas de violencia y les garantice acceso a la justicia y les repare de forma adecuada, principio general del deber de debida diligencia establecido en el Art 7 de la Convención de Belém do Pará⁶⁹.
72. A los fines de este informe, el CEVI analizó el cumplimiento de al menos tres obligaciones derivadas de la Convención de Belém do Pará que son requisitos indispensables para evaluar la grave situación en la que se encuentran las niñas embarazadas en el grupo etario 10 a 14 años. Para ello, se tomó en cuenta las cifras estadísticas aportadas por los Estados, la legislación existente y los protocolos de atención tanto en el ámbito de la salud como en el ámbito judicial. El cruce de estos indicadores nos da un panorama regional que permite establecer el diagnóstico de la situación, mostrando una limitada acción de los Estados frente a la gravedad de las cifras aportadas y de las acciones implementadas para erradicar la violencia contra las niñas. La ausencia de datos fiables también se convierte en un obstáculo para el diseño y la efectiva ejecución de políticas públicas dirigidas a erradicar el problema; que sean escasos, incompletos o inexistentes para muchos países, también se traduce en que estas niñas y los desafíos que enfrentan sean invisibles para los legisladores (UNFPA, 2013).
73. Por ello, el CEVI ha venido reiterando en sus últimos informes la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales de los Estados en materia de recolección de información y estadísticas de violencia contra las mujeres y las niñas, de acuerdo al artículo 8h de la Convención, que establece el deber de “adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas

69 Convención de Belém do Pará, 1994. Op. Cit. Artículo 7: Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso; d. adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad; e. tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer; f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos; g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la Mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces, y h. adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva esta Convención.

para: garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios”⁷⁰.

74. Las recomendaciones del Segundo Informe hicieron especial énfasis en la necesidad de establecer normativamente la obligación de elaborar estudios, realizando encuestas de violencia contra las mujeres y difundiendo información sobre las encuestas, así como sobre los derechos de las mujeres y servicios existentes, o incluirlos en módulos de encuestas generales o censos⁷¹. No obstante, los países de la región están muy lejos de poder aportar una amplia información cualitativa y cuantitativa sobre este fenómeno, sobre el cual todavía es escasa la regulación.
75. Igualmente, el CEVI ha reiterado en distintas ocasiones que como parte de las obligaciones en materia de debida diligencia para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, los Estados también están comprometidos a elaborar y aplicar efectivamente un marco de normas jurídicas y de políticas para proteger y promover plenamente los derechos humanos de las mujeres. Este proceso de armonización de la normativa interna de los Estados Parte supone al menos dos obligaciones inmediatas. En primer lugar, el deber de tipificar y regular en su derecho interno todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual, regulando la normativa interna de acuerdo a la definición de violencia contra las mujeres contemplada en la Convención de Belém do Pará; y en segundo lugar, el deber de eliminar todas las normas que de manera directa o indirecta discriminen a las mujeres y a las niñas.
76. Estos deberes incluyen igualmente el desarrollo de protocolos de atención e investigación, que garanticen el interés superior de las niñas, garanticen la eliminación de obstáculos para que las denuncias prosperen, la confidencialidad de las niñas y adolescentes involucradas, asistencia médica y psicológica integral, así como el despliegue de todas las medidas necesarias para garantizar un trato digno y especializado que evite cualquier tipo de revictimización de las niñas víctimas de violencia. Dichos protocolos deberían también garantizar, tal y como ha recomendado el CEVI, protocolos de atención para la interrupción legal del embarazo consecuencia de la violencia sexual.
77. Se presenta a continuación el panorama de la región según la información aportada por los Estados Parte en el marco de la Segunda Ronda de Seguimiento.

5.1. Estadísticas en América Latina y El Caribe

78. La IV Conferencia Mundial de las Mujeres resaltó la necesidad de no acotar el levantamiento de datos a la situación de las mujeres adultas, asegurando también datos de las niñas y de acuerdo a los distintos momentos del ciclo vital⁷². En ese sentido, se planteó la necesidad de generar

70 Convención de Belém do Pará, 1994. Op. Cit. Art. 8h:

71 MESECVI (2015), Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI, Párr. 343, <http://www.oas.org/es/mesecevi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-ES.pdf>

72 1995 Septiembre, Beijing. IV Conferencia Mundial de las Mujeres. Párr. 104

estadísticas sobre salud que cuenten con datos recientes y fidedignos sobre la mortalidad y la morbilidad de las mujeres y las niñas, los factores sociales y económicos que afectan a la salud de niñas y mujeres, la prestación de servicios de salud específicos para ellas y las modalidades de utilización de esos servicios.

79. A propósito de ello, el CEVI ha planteado su preocupación por la ausencia de información estadística en los Estados Parte que dé cuenta de la actividad desplegada por el Estado para atender esta problemática, visibilizarla y garantizar los derechos de las niñas víctimas de violencia. Los limitados esfuerzos de los Estados de la región reflejan la necesidad imperante de abordar esta situación con el máximo de los recursos disponibles⁷³, en tanto es una obligación derivada no sólo de la Convención de Belém do Pará, sino del conjunto de tratados internacionales que forman parte del corpus iuris de protección de los derechos de las niñas.
80. Las tasas y los porcentajes que existen en la región varían en términos, fórmulas, porcentajes de medición o grupos específicos sobre los que se solicita información. Por ello, los datos no son comparables. Sin embargo, durante los años 2013 y 2016 el CEVI ha recibido, en el marco de las Rondas de Evaluación Multilateral, información valiosa que muestra las tendencias de la región en términos de cifras de niñas embarazadas de la franja etaria en estudio, lo que da cuenta del conocimiento de la situación de violación de derechos humanos de estas niñas. No obstante ello, estas cifras no son contrastables con las cifras del sector justicia, pues casi ningún Estado brindó información sobre la apertura de investigaciones penales por violación en los mismos casos reportados en el sector salud, tanto como por violación como por embarazo.
81. Vale subrayar que la mayoría de países que entregó información sobre el ciclo de vida de niñas utiliza el término adolescentes para referirse a niñas de menos de 19 años, de acuerdo a parámetros de la OMS/OPS. Sin embargo, 16 Estados Parte⁷⁴ aportaron información relevante en cuanto al grupo etario de niñas entre 10 y 14 años, en temas relativos a embarazo infantil o nacidos vivos de madres de este grupo etario, mortalidad materna o tasa o número de abortos en niñas de 10 a 14 años.
82. La mortalidad materna en niñas de 10 a 14 años resulta para el CEVI la máxima expresión de la gravedad de las violaciones múltiples a los derechos humanos de las niñas, en tanto primero son embarazadas como consecuencia de una violación y luego mueren a consecuencia del embarazo forzado que por acción u omisión del Estado deben mantener. La gravedad de esta situación obliga al CEVI a hacer un profundo llamado sobre esta grave violación y sobre la poca atención que aún se le presta en los Estados parte de la Convención.
83. A continuación se presentan los datos sobre mortalidad materna en niñas, adolescentes y entre la población femenina en su conjunto. Con fines de comparabilidad se han incluido a los países que han usado el mismo indicador.

73 ETO (2013), Principios de Maastricht sobre las Obligaciones Extraterritoriales de los Estados en el Área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, https://www.fidh.org/IMG/pdf/maastricht-eto-principles-es_web.pdf

74 Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela.

Tabla 1

Estados Parte de la Convención de Belém do Pará	MORTALIDAD MATERNA INFANTIL Tasa por 100.000 por Rangos de edad		
	10 a 14 años	15 – 19 años	Otros rangos
Argentina	66,5 x 100.000	32,5 x 100.000	
Chile	36,1 x 100.000		
Colombia			Población total 41,3 x 100.000
El Salvador			10-49 años 42,0 X100.000
Guatemala			10 -19 años 80 x 100.000
Honduras			Población total 73 x 100.000
México	55,1 x 100.000	27 x 100.000	
Panamá		59 x 100.000	
República Dominicana			Población total 91,6 x 100.000
Trinidad y Tobago			Población total 46,5 x 100.000

Fuente: Elaboración propia con Información aportada al MESECVI a través del Sistema de Indicadores de Progreso para la Medición de la Convención de Belém do Pará años 2013 y 2016.

Nota:

- No informaron: Uruguay y Venezuela
- Reportaron números absolutos u otros indicadores: Brasil, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Perú y República Dominicana
- Los demás países no respondieron al formulario.

84. Otros indicadores de mortalidad materna también fueron reportados por los Estados Parte, es el caso de Paraguay, que informó que el 21,3 % de las muertes maternas registradas hasta septiembre del 2012 correspondieron a adolescentes de 10 a 14 años y República Dominicana que reportó que el 16% de las muertes maternas ocurridas durante el año 2012 fueron en adolescentes.

85. El CEVI llama la atención sobre la gravedad de esta situación, en tanto una niña que muere producto de un embarazo es víctima de violación de su derecho a la vida y la responsabilidad de dicha muerte debería recaer tanto en el perpetrador de la violación sexual, como en las estructuras de salud y de justicia que no tomaron las medidas adecuadas para evitar dicha muerte.

86. Otra de las cifras que permiten generar importantes llamados de atención para el CEVI fueron las cifras reportadas de embarazo infantil. Al igual que en el cuadro anterior, sólo agrupamos en la tabla aquellas que tienen las mismas herramientas de medición. Con respecto a éste, la información proporcionada por los Estados Partes de la Convención de Belém do Pará es heterogénea, en tanto utilizan diversas formas de medición o porque reportan datos sobre rangos distintos de edad.

87. A continuación se recogen algunas de las cifras que dan cuenta de esta realidad y que, a pesar de corresponder a distintos años, son comparables:

Tabla 2

Estados Parte de la Convención de Belém do Pará	MATERNIDAD INFANTIL Tasa de nacimientos (fecundidad) por 1.000 mujeres por Rangos de edad		
	Año	10 a 14 años	15 a 19 años
Argentina	2014	1,8	6,5
Chile	2004	3,6	14,5
Colombia	2013	3,0	
Costa Rica	2011	2,5	
Ecuador	2013	2,5	72,9
Guatemala	2011	3,2	
México	2013	5,5	66,0
Panamá		1,1	22,1
República Dominicana	2012		90,0
Venezuela*	2015	4,0	79,9

*Datos provisionales citando Fuentes SIS. Datos Provisionales

Fuente: Elaboración propia con Información aportada al MESECVI a través del Sistema de Indicadores de Progreso para la Medición de la Convención de Belém do Pará años 2013 y 2016.

Nota: El resto de países de la región no respondieron, no tienen datos o reportaron otros indicadores.

88. A continuación se detallan otros datos reportados por los Estados con relación al embarazo adolescente. El Salvador informó que en 2012 el porcentaje de embarazos en niñas y adolescentes fue de 24,1. Grenada señaló que para el mismo año hubo 39 nacimientos de madres de 12 a 16 años de edad. En Honduras 15% de embarazos son de niñas y adolescentes hasta 19 años. En Paraguay, 20% de embarazos corresponde a adolescentes, 2 de los partos diarios son de niñas de 10 a 14 años a Septiembre de 2011, y en Trinidad y Tobago la tasa de embarazos de niñas y adolescentes de 10 a 19 años fue 21,3 en 2014 y los embarazos de niñas de menos de 12 años fue 0,3% y de 17,6% entre las de 13 a 16 años.
89. Otras cifras también son relevantes, aunque no sean comparables, al permitir identificar señales de alarma o algunas tendencias en la región, al menos en materia de recolección de data.
90. Por ejemplo, Guatemala informó que durante el año 2012 el 24% de los nacimientos correspondió a niñas y adolescentes de 10 a 19 años, mientras que el 13,3% correspondió a nacimientos en niñas de 14 años. También indicó que durante el 2012, se registraron 9.450 abortos en niñas y adolescentes y 80 niñas murieron durante 2012 por causas vinculadas a la maternidad. Para el mismo año, México reportó una tasa de abortos en niñas y adolescentes del 24%⁷⁵.
91. Panamá reportó, en el mismo año, un número de 244 niñas menores de 15 años embarazadas, que representaban el 1.1% de un total del 23% de niñas y adolescentes embarazadas para el mismo periodo. En Perú, el porcentaje de madres niñas entre 12 y 14 años de edad a nivel nacional alcanzó el 12.5% en el 2011 y en el año 2012, la tasa alcanzó el 13.2%⁷⁶. Para el mismo año México⁷⁷ reportó un porcentaje total de 19,4% de nacimientos registrados en madres niñas y adolescentes de 10 a 19 años.

75 Respuesta de México a Indicadores Seguimiento a Segunda Ronda de Evaluación. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecevi/informesnacionales.asp>

76 Respuesta de Perú a Indicadores Seguimiento a Segunda Ronda de Evaluación. Citando a INEI, con información del Censo de Población y Vivienda, 2013. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecevi/informesnacionales.asp>

77 Respuesta de México a Indicadores Seguimiento a Segunda Ronda de Evaluación. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecevi/informesnacionales.asp>

92. La situación de los Estados Chile, El Salvador, Paraguay y República Dominicana, donde las prohibiciones y obstáculos al aborto son absolutas, incluso para casos de niñas víctimas de violencia sexual y en condiciones de evidente riesgo de su vida, la situación deviene más dramática.
93. Chile⁷⁸ informó que en 2011, los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio de mujeres de todas las edades que terminaron en aborto fueron 30.860, lo que representa cerca del 10% del total de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio. De esos abortos, 3.387 corresponden a adolescentes entre 10 y 19 años. Igualmente, señaló que el 1% de la población de mujeres bajo control de embarazo era embarazadas menores de 15 años. Así como también informó que el 10% de las muertes maternas eran niñas y adolescentes.
94. En el Salvador, el Informe FESPAL 2008 señala que “en los casos de las mujeres que tuvieron la primera experiencia de abuso sexual antes de los 10 años de edad, más de la mitad de los responsables tenía 30 o más años y para quienes tenían de 10 a 14 años a la primera experiencia, el 42 por ciento de los responsables también tenía 30 o más”⁷⁹. El mismo informe señala que el porcentaje de niñas y adolescentes con experiencia de embarazo que alcanzaron los 15 años de edad es del 8,4%, frente al 43,3% entre quienes tienen 19 años. En el año 2011 el Ministerio de Salud reportó 84.752 inscripciones prenatales, de las cuales el 31,4% fueron con madres niñas y adolescentes y además correspondió a este grupo poblacional el 11% de muertes maternas. Así mismo, para el año 2011 el Ministerio de Salud reportó como primera causa de muerte en niñas y mujeres adolescentes de 15 a 19 años la muerte auto infligida por efectos tóxicos de sustancias de procedencia no medicinal, muchos de estos casos relacionados con embarazos no deseados o conflictos derivados de un ejercicio inadecuado de la salud sexual y reproductiva⁸⁰.
95. Los datos en el caso de República Dominicana y Paraguay resultan también elocuentes. En República Dominicana, el número y porcentaje de abortos en niñas y adolescentes durante el año 2012 fue alarmante. La principal causa de muerte materna de niñas y adolescentes de 15 a 19 años fue el aborto con un porcentaje del 24%⁸¹, mientras que Paraguay por su parte reportó que dos de los partos diarios que se registran en el país (sin mencionar la cifra total), correspondían a niñas entre 10 y 14 años, y que entre 2009 y 2011, las cifras de nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años aumentaron en un 4%⁸².
96. Para 2011, República Dominicana reportó un 22.1% de embarazos en niñas de 15 a 19 años con un porcentaje de muertes maternas en niñas del 16%. Las niñas de 10 a 14 años también representaron el 1.7% de abortos, esta cifra se mantuvo en 2012, cuando se contabilizaron

78 Respuesta de Chile a Indicadores Seguimiento a Segunda Ronda de Evaluación. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

79 FESAL-2008, El Salvador, C.A. Informe Final. Pág 246. Disponible en: <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/final/espanol/default.htm>

80 Ministerio de Salud. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Dirección de Regulación y Legislación en Salud Unidad de Atención Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva San Salvador, agosto 2012. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1044&Itemid=324

81 Respuesta de República Dominicana a Indicadores Seguimiento a Segunda Ronda de Evaluación. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

82 Respuesta de Paraguay a Indicadores Seguimiento a Segunda Ronda de Evaluación. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

5.987 abortos en adolescentes, lo que representa el 27.8% del total de abortos reportados, de los cuales 1.7% se registró en el grupo de menores de 15 años.”⁸³

97. Durante la III Ronda de Evaluación, otros Estados también actualizaron información sobre este grupo de indicadores. Tal es el caso de Argentina, que informó que la tasa de fecundidad específica por edad en niñas 10 a 14 años para el año 2014 fue de 175.1 por cada 100.000 niñas. Igualmente, en el mismo año, 2600 infantes nacieron vivos de madres de 10 a 14 años, con un porcentaje de sobrevivencia del 87,4%.⁸⁴
98. Costa Rica informó que para el periodo de 1983 a 2013, el promedio anual de nacimientos de madres menores de 15 fue hasta el año 2000 de 460 nacimientos, y que a partir de ese año, dicho promedio aumentó hasta alcanzar un promedio anual de partos en niñas de 10 a 14 años de 500. También informó que hay 2,5 nacimientos por cada mil mujeres entre los 10 y 14 años, y que dicha tasa se ha mantenido invariable en los últimos años. Finalmente, informó también que no hubo muertes maternas en esta franja de edad durante esos años⁸⁵.
99. En el caso de México, se reportaron para el 2014 11.012 de nacimientos en niñas menores de 14 años. Los embarazos aumentaron en función de la edad de las niñas, pues a mayor edad, mayor fue el número de niñas embarazadas. Así, se reportaron 196 embarazos en niñas de 10 años, 230 en niñas de 11 años, 425 en niñas de 12 años, 1730 en niñas de 13 años y 8422 embarazos en niñas de 14 años⁸⁶.
100. Venezuela señaló que en 2015, para el grupo de edad de la madre de 10 a 19 años, se registraron 111.324 nacimientos de niños vivos, mientras que en el grupo etario de niñas de 10 a 14 años se registraron 5.399 nacidos vivos⁸⁷. Honduras también señaló que durante el mismo año, se atendieron 33.035 partos en adolescentes de 10 a 19 años de edad en la red de la Secretaría de Salud, lo que representa el 21% de los partos institucionales, y de ellos, 845 fueron partos de adolescente de 10 a 14 años de edad. Igualmente informó que el 2015, en la red de la Secretaría de Salud, se encontraron 2753 egresos por aborto en el grupo de 9 a 19 años de edad⁸⁸.
101. Estas cifras dan cuenta de una importante realidad que a juicio del MESECVI deriva en graves violaciones a los derechos humanos de las niñas, de las que los Estados tienen conocimiento. No obstante la gravedad de esta situación, la elocuencia de los datos no se ha traducido en acciones concretas para enfrentarla eficazmente, tanto en el área de atención a la salud, como en el área de acceso a la justicia de niñas víctimas de violencia sexual.

83 CLADEM Niñas Madres. Op. Cit. pág. 24

84 Respuesta de Argentina a Indicadores de la Tercera Ronda de Evaluación Multilateral, citando Estadísticas Vitales 2014, DEIS, Ministerio de Salud 2015

85 Respuesta de Costa Rica a Indicadores de la Tercera Ronda de Evaluación Multilateral, citando Información suministrada por el Ministerio de Salud y al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC

86 Respuesta de México a Indicadores de la Tercera Ronda de Evaluación Multilateral, citando FUENTE: INEGI. Estadísticas de natalidad. Fecha de consulta 06 de mayo de 2016.

87 Respuesta de Venezuela a Indicadores de la Tercera Ronda de Evaluación Multilateral, citando Fuentes SIS. Datos Provisionales

88 Respuesta de Honduras a Indicadores de la Tercera Ronda de Evaluación Multilateral.

102. Como veremos más adelante, ni los protocolos de atención ni las acciones en el área del sector justicia abordan de manera clara y contundente este fenómeno, que implica la violación a los derechos de la niña a vivir en un mundo libre de violencia y estereotipos, y en concreto, el derecho a la vida de las niñas que son obligadas a mantener embarazos forzados.



6. Normativa sobre violencia sexual contra las niñas en América Latina y El Caribe

103. Ante la gravedad de las cifras, el CEVI indagó el estatus jurídico de las obligaciones de los Estados Parte respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes en la región y analizó un conjunto de normas relativas a la protección del derecho a la integridad personal de las niñas frente a la violencia sexual y las acciones encaminadas por los Estados para atender esta grave violación de derechos humanos. Además de la normativa penal referida a la protección del derecho a la integridad de las niñas, así como de su libertad sexual, el CEVI revisó las normas y protocolos desarrollados tanto en el ámbito penal como en el ámbito de salud y de justicia para atender las denuncias y demandas de atención del alto porcentaje de niñas de la región que sufren embarazos como consecuencia de violencia sexual.

6.1. La Normativa Penal

104. La región ha avanzado paulatinamente en procesos de reforma de códigos penales que atienden a la necesidad de adecuar los bienes jurídicos tutelados a las normas del Sistema Internacional e Interamericano de Protección de Derechos Humanos. Destaca como un avance regional que delitos como los tipos penales contenidos para tutelar la reputación y el honor de las familias, el pudor o la moral han ido desapareciendo para dar cabida a un conjunto de delitos que reconocen como bienes jurídicos tutelados la integridad sexual de las personas, y de manera especial la integridad sexual de las mujeres y las niñas, permitiendo con ello una comprensión más precisa del tipo penal y de los bienes jurídicos tutelados.

105. Así, debe entenderse que los bienes jurídicos en juego en esta clase de delitos están constituidos por violaciones a la dignidad, la intimidad, la libertad sexual, y en el ámbito de las niñas, también el desarrollo psíquico y físico de su personalidad⁸⁹. No obstante ello, aún se encuentra en la región un importante número de normas que deben ser adecuadas a los estándares internacionales, en tanto no protegen la libertad sexual de las mujeres ni de las niñas y en muchos casos profundizan los estereotipos de género que han dado lugar a la violencia y a la discriminación.

106. El CEVI es consciente de que el uso del derecho penal contra los hechos de violencia contra las niñas ha resultado insuficiente para garantizar sus derechos a vivir libres de violencia y a

89 Zulita Fellini y Virginia Sansone, 1999-2000. Anuario de Derecho Penal, La mujer en el derecho penal argentino. Pág. 18. Disponible en https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/anuario/an_1999_10.pdf

crecer libres de patrones estereotipados. Sin embargo, desde su Primera Ronda de Evaluación, el CEVI ha sostenido la necesidad de legislar para penalizar un número importante de conductas de violencia contra las mujeres y las niñas, invisibilizadas y ampliamente naturalizadas en la mayoría de los Estados Parte, entre ellas las referidas a la violencia sexual contra el grupo de niñas ubicadas en la franja etaria de 10 a 14 años⁹⁰.

107. De otro lado, el CEVI reconoce la importancia de esta legislación pero al mismo tiempo destaca ampliamente las brechas existentes entre el conjunto de normativas de alta penalidad cuando las víctimas de violencia sexual son niñas y de manera especial cuando son niñas dentro de la franja etaria de 10 a 14 años de edad y los mecanismos para su efectivo cumplimiento. La dureza de las penas y la riqueza de la normativa existente contrastan con la ausencia de datos oficiales, protocolos y normas de protección que atiendan de manera integral a las niñas víctimas de esta violencia.
108. Por ello el CEVI considera relevante a los efectos de este informe, contrastar esta normativa no sólo con la Convención de Belém do Pará, sino también con los protocolos de atención desarrollados para atender esta grave violación de derechos humanos.
109. Por regla general, los Estados de la región sancionan la violencia sexual contra las niñas. Así, las relaciones sexuales con menores de 18 años están sancionadas en los Códigos Penales de los Estados Parte de la Convención. Esta conducta se encuadra en diferentes tipos penales que se denominan en su mayoría como: relaciones sexuales ilícitas con menores, abuso sexual de menores, relaciones carnales con menores, acto o acceso carnal con menores, violación, violación de menor, casos especiales de violación y coacción sexual. Sólo Bolivia y Venezuela incorporan en el nombre del tipo penal el concepto de niña⁹¹, y adicionalmente en Venezuela, en los casos en que la víctima sea una niña, se establece un fuero atrayente hacia la jurisdicción especial de violencia contra las mujeres⁹².

6.1.1. Normativa sobre Violación contra niñas

110. En los casos de violación, se establecen tipos penales específicos cuando el sujeto pasivo del delito sean niñas, presumiendo que existe siempre violación cuando la víctima sea menor de 14 años de edad. Los límites de edad para establecer la edad del sujeto pasivo son heterogéneos en la región, sin embargo, al menos 20 Estados⁹³ sancionan la violación a niñas de menos de 14 años, estableciendo una gradualidad de las penas si la violación ocurrió entre los 14 y los

90 MESECVI, 2008. Primer Informe Hemisférico. Recomendación N°33. Elaborar e implementar políticas de prevención y atención de la violencia sexual, cuando exista conflicto armado, así como garantizar el acceso de mujeres y niñas víctimas a justicia y reparaciones tanto durante el conflicto como en la etapa post conflicto. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/InformeHemisferico2008-SP.pdf>

91 Código Penal de Bolivia, Artículo 308 Bis (Violación de niña, niño o adolescente) y Código Penal de Venezuela, Artículo 374.

92 Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela. Artículo 67. Los tribunales especializados en materia de violencia contra la mujer, son competentes para conocer los hechos de violencia en que la víctima sea una mujer, a fin de determinar si existe la comisión de alguno de los delitos previstos en esta Ley, incluidos el femicidio y la inducción o ayuda al suicidio, conforme al procedimiento especial previsto en esta Ley. Se aplicaran supletoriamente las disposiciones del Código Penal y Código Orgánico Procesal Penal, en cuanto no se opongan a las aquí previstas.

93 Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Venezuela.

12 años de edad o si la víctima es menor de los 12 años. El resto de los Estados⁹⁴ establecen gradualidades diversas entre los 18 y los 15 años de edad de la víctima. Salvo San Vicente y Las Granadinas, Panamá y Surinam, que no establecen sanciones específicas o agravamiento de las penas en el caso del delito de violación cuando el sujeto pasivo del delito sean niñas de menos de 18 años. En Panamá llama la atención que este delito prevé como agravante del tipo penal acceso carnal con violencia un aumento de la pena si la víctima queda embarazada, aunque no distingue la edad de la víctima⁹⁵.

111. Resulta de especial preocupación que al menos 10⁹⁶ Estados de la región establecen atenuantes a este delito que perpetúan los estereotipos de género contra las niñas. Entre ellas, encontramos la existencia de causas razonables de percepción de que la niña era mayor de 14 años o 16 años, cuya prueba debe aportar el agresor. Esto es un atenuante común en las legislaciones de Estados del Caribe tales como, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados Granada, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tobago. También se exceptúa la responsabilidad penal en casos como el de Santa Lucía⁹⁷, que excluye la responsabilidad penal cuando se demuestra el consentimiento en los casos de niñas de entre 12 y 16 años - consentimiento que como se ha señalado, el CEVI no reconoce. Igualmente, de especial preocupación resulta la eximente de responsabilidad penal cuando la víctima es esposa del acusado, legislación que contraviene claramente las recomendaciones hechas por el CEVI respecto a la necesidad de penalizar la violencia sexual dentro del matrimonio⁹⁸. Además, dicha atenuante no incorpora distinción en la edad de la víctima. Tal es el caso de la legislación penal de Barbados, Dominica y Trinidad y Tobago⁹⁹.

112. Por último, las penas para este tipo de delitos son muy diversas en la región, siendo las más bajas las penas mínimas de prisión de 2 años, en los casos de violación de mayores de 12 años¹⁰⁰, lo que contrasta con las penas de cadena perpetua de algunos Estados del Caribe¹⁰¹ y las penas más altas de hasta 30 años de México para “quien realice cópula” con menores de 15 años. El resto de la región gradúa las penas entre penas que oscilan entre los 3 y los 20 años de prisión¹⁰².

94 El Salvador, Guyana, Haití, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, San Cristóbal y las Nieves, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Uruguay.

95 Código Penal de Panamá, Artículo 174. Quien mediante violencia o intimidación tenga acceso carnal con persona de uno u otro sexo, utilizando sus órganos genitales, será sancionado con prisión de 5 a 10 años. La pena será de 8 a 12 años de prisión, en cualquiera de las siguientes circunstancias: 3) si la víctima quedará embarazada.

96 Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bolivia, Dominica, Granada, Panamá, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago.

97 Código Criminal de Santa Lucía, Art. 127 (2) (a). Es una defensa al cargo bajo esta sección (relación sexual con persona entre 12 y 16 años) si la persona acusada demuestra que la otra persona consintió.

98 Barbados, Dominica, Trinidad y Tobago.

99 Ley sobre delitos sexuales, Barbados, Artículo 4. (1) Si una persona tiene relaciones sexuales con otra persona que no es su cónyuge y es menor de 14 años, esa persona es culpable de un delito aunque la otra persona consintiera en la relación sexual y aunque en el momento de la relación sexual la persona creyera que el otro tiene más de 14 años de edad, bajo condena por encarcelamiento a perpetuidad. Ley sobre delitos sexuales de Dominica, Art. 7 (1) Toda persona que tenga relaciones sexuales con otra persona que: (A) no es el cónyuge de la primera persona mencionada; es culpable de un delito y puede ser condenado a prisión por veinticinco años. Ley de Delitos Sexuales de Trinidad y Tobago. Artículo 6. (1) Si un hombre tiene relaciones sexuales con una mujer que no es su esposa y que es menor de catorce años, es culpable de un delito, independientemente de que la mujer haya consentido o no y aunque en el momento de la relación sexual, creyera que tenía catorce años de edad o más, y es responsable bajo condena a prisión de por vida.

100 Antigua y Barbuda.

101 Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, San Cristóbal y las Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago.

102 Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela.

“

Una noche mi tío llegó a donde duermo... me dijo que me quitara la ropa, le dije que no, enojado me dijo que si no me la quitaba y el me la quitaría, me quito la ropa, me tapo la boca con la mano... me dijo que me abriera la piernas...él abrió con fuerza... esa cosa metió chunche (vagina), me dolía y ardía mucho.. me dolía mi chunche. Me quede llorando, no me podía dormir, cerraba los ojos, miraba lo que me hizo mi tío, yo no quería, me sentía mal...

”

Irene, 12 años, Nicaragua

Fuente: PPFA (2016). "Historias de Vidas Robadas: La historia de una, la historia de muchas"

6.1.2. Regulación sobre el abuso sexual contra niñas

113. El siguiente tipo penal que destaca en la región, es el abuso sexual que encuentra distintas denominaciones para calificar la misma conducta típica dañosa, pero que atiende a la integridad física, psicológica y sexual de las niñas. En el mismo sentido que el tipo penal anterior, el abuso sexual cobra diferentes nombres en la región, entre ellos: intento de relaciones sexuales ilícitas con menores, corrupción de menores, acción sexual distinta al acceso carnal, actos sexuales, actos con fines sexuales, conducta sexual indeseada, actos de lujuria, actos libidinosos, actos libidinosos no consentidos, actos contra el pudor de los menores y atentados contra el pudor.
114. Sólo los tipos penales de Bolivia y Venezuela hacen una distinción, calificando el delito en los casos de las niñas, y de igual manera, en el último caso existe un fuero atrayente de la jurisdicción especializada en violencia contra las mujeres. Igualmente, resalta la misma preocupación respecto a las eximentes de responsabilidad penal vinculadas con la edad del acusado¹⁰³ o si la víctima se encuentra casada con el agresor¹⁰⁴.
115. Las penas para este delito también son divergentes, existiendo un promedio de pena mínima de 6 meses¹⁰⁵ a penas máximas de 15 años o prisión de por vida¹⁰⁶, siendo la pena promedio en la mayoría de los Estados Parte de 6 a 14 años de prisión.

6.1.3. Regulación del incesto o abuso sexual incestuoso

116. Al menos 16 de los Estados¹⁰⁷ de la región han desarrollado tipos específicos de incesto o abuso sexual incestuoso, mientras que el resto han agravado las penas de los tipos penales violación o abuso sexual, cuando el agresor es ascendiente, hermano, pariente cercano, hombre de la familia y por último, tutor, curador o encargado de la guarda.
117. En general los tipos penales están dirigidos a sancionar al agresor hombre familiar o cercano, con la excepción del incesto femenino previsto en la legislación penal de Belice, Granada y Jamaica¹⁰⁸,

103 Ley de enmienda del Código Penal de Antigua y Barbuda. Art.3 En el caso de un delincuente cuya edad no exceda de dieciséis años, la Corte puede, en lugar de condenarlo a cualquier pena de prisión, ordenarle que lo azoten según lo prescrito en la Ley de Castigo Corporal.. El Código Criminal de Santa Lucía, Art. 127 (2)(a) i. exculpa al menor de 21 años, cuando no tuviera antecedentes penales.

104 Código Criminal de Santa Lucía. Art. 126 (2) Si un matrimonio es declarado nulo por un tribunal de jurisdicción competente, la invalidez no convierte a una persona culpable de un delito en esta sección porque esa persona tiene relaciones sexuales con una persona que él o ella cree que es su cónyuge, y tiene una causa razonable para la creencia.

105 Código Penal de Argentina. Artículo 119. Será reprimido con reclusión o prisión de seis meses a cuatro años el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando, ésta fuera menor de trece años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

106 Código Criminal de Santa Lucía. Art. 126. (1) La persona que tiene relaciones sexuales con otra persona menor de 12 años, haya o no consentido la otra persona y aunque la primera persona considere que la otra persona tiene 12 años de edad o más, es responsable de un delito bajo condena a prisión de por vida.

107 Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Colombia, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, México, República Dominicana, San Cristóbal y las Nieves, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Uruguay.

108 Código Criminal de Belice. Artículo 63. Incesto de las mujeres de 16 o más años. Cualquier mujer mayor o mayor de dieciséis años que con su consentimiento permita que su abuelo, padre, hermano o hijo tenga conocimiento carnal de ella (sabiendo que son su abuelo, padre, hermano o hijo, según sea el caso) es susceptible de una pena de prisión de siete años. Código Criminal de Granada. Artículo 183B. Incesto por mujer. (1) Si una mujer de 16 años o más autoriza consensualmente a un hombre que sabe ser su padre, abuelo, hijo, hermano, tío o sobrino para que tenga conocimiento carnal de ella, comete el delito de incesto, y será castigada con una pena de prisión de cinco años. Ley sobre delitos sexuales, Jamaica. Art. 7 (2) El delito de incesto es cometido por una mujer que voluntariamente tiene relaciones sexuales con otra persona sabiendo que la otra persona es su abuelo, padre, hermano, hijo, tío, sobrino o nieto.

donde la mujer es responsable también por tener relaciones sexuales con cualquiera de los hombres de la familia, lo que permitiría que una niña víctima de violencia sexual fuera acusada por el mismo delito. En el caso de Santa Lucía, las mujeres también pueden ser responsables aunque quedan excusadas de responsabilidad penal cuando demuestran que el incesto se realizó bajo amenaza¹⁰⁹. En ninguno de los casos se especifica en la normativa la existencia de eximentes de responsabilidad penal si las víctimas son niñas menores de 14 años.

118. Las penas en este tipo de delitos, al igual que en los casos anteriores, oscilan entre los 8 y los 14 años de prisión, aunque existen penas máximas de cadena perpetua como en el caso de Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Haití, Jamaica, Perú, San Cristóbal y las Nieves y Trinidad y Tobago. En general, en los Estados del Caribe las penas se atenúan si la víctima es mayor de 14 años¹¹⁰. Por último, no se encontró información de que estos delitos estuviesen regulados en Brasil, San Vicente y Las Granadinas o Surinam.

6.2. Legislación sobre violencia obstétrica

119. Establecer legislación específica que incluya la sanción de la violencia obstétrica, en particular en embarazos infantiles y adolescentes, ha sido una recomendación que también ha venido subrayando el CEVI¹¹¹. Sin embargo, el concepto jurídico de violencia obstétrica sigue siendo heterogéneo y aun con una escasa visibilidad en la región, pese a que 4 de los 32 Estados Parte de la región han legislado al respecto.

120. En Venezuela, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia¹¹² define la violencia obstétrica como: “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. En Argentina, la Ley Integral de Violencia (26.485)¹¹³ define a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia, sin embargo, no revela las medidas adoptadas para su implementación en el marco jurídico nacional o en el Código Penal o en la Ley General de Salud.

121. En el caso de Ecuador, su Ley Orgánica de Salud¹¹⁴ dirige el tema desde una perspectiva multicultural, reconociendo las prácticas tradicionales (medicina alternativa) de los pueblos indígenas

109 Código Criminal de Santa Lucía, Art. 157. 3) Ningún acusado será condenado por un Tribunal si el acusado estaba bajo restricción, coacción o temor de la persona con la que el acusado tenía relaciones sexuales en el momento de la relación sexual.

110 Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, San Cristóbal y Nieves y Trinidad y Tobago.

111 MESECVI, 2012. Op. Cit. Recomendación N°9. Adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica. Establecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva. Adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud.

112 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, Venezuela. Disponible en: http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_femicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf

113 Ley integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Argentina. Disponible en: http://www.cnm.gov.ar/legNac/Ley_26485_decreto_1011.pdf

114 Ley orgánica del sistema nacional de salud, Ecuador. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>

“ No pude dar a luz normal, porque fui bastante violada y no me gustaba que ni me toquen, me daba miedo, me hicieron cesárea (...) Yo no me deje [examinar] porque sabía llorar, me dolía la vagina, sentía feo cuando la doctora iba a hacer el examen. La doctora dijo: entonces, señora, llévele a otro hospital, porque no me quería dejar examinar ”

S., 14 años, Ecuador

Fuente: PPFA (2016). "Historias de Vidas Robadas: La historia de una, la historia de muchas"

y afrodescendientes, aclarando que estos principios sólo son aplicables cuando no se comprometa la vida e integridad física y mental de las personas. En Brasil, se prevé el delito de violencia arbitraria en su Código Penal¹¹⁵- Art. 322, y Uruguay destaca que su Ley de la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva¹¹⁶ (2008) promueve el parto humanizado, garantiza la intimidad y privacidad, respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados. No explica si existe sanción por su incumplimiento.

122. Así, las distintas normativas de la región que reflejan el tipo penal violencia obstétrica se refieren a la protección de la integridad de la mujer embarazada, mas no así a la integridad de las mujeres o niñas que son obligadas a sostener los embarazos que hayan sido el producto de violencia sexual. De la legislación revisada no hubo ningún tipo penal que diera cuenta de este tipo de violencia.

6.3. Legislación sobre violencia institucional

123. El Segundo Informe Hemisférico¹¹⁷ define la violencia institucional como aquella perpetrada por un servidor público para discriminar, o bien con el fin de dilatar, obstaculizar o impedir el goce o disfrute de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres, así como la que pretenda obstaculizar u obstaculice el acceso de las mujeres al disfrute de las políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia contempladas en la ley.

124. Como se ha señalado, la penalización absoluta del aborto no sólo constituye una violación al derecho a decidir de las mujeres, sino también vulnera su derecho a la autonomía, a la privacidad, a la seguridad y a la confidencialidad. Penalizarlo de manera absoluta afecta de manera particular a las mujeres de escasos recursos o las que viven en otras condiciones de vulnerabilidad.

125. A pesar de que un número importante de Estados no cuenta con disposiciones específicas en el tema, los casos de violencia contra las mujeres provenientes del Estado pueden ser juzgados de acuerdo al Código Penal, dado que éste no hace distinción entre los perpetradores.

126. El Informe de Seguimiento¹¹⁸ afirma que obligar a una mujer a continuar con su embarazo, especialmente cuando éste es producto de una violación, o cuando la vida o salud de la mujer está en riesgo, constituye una forma de violencia institucional, y puede constituir una forma de tortura, en violación al artículo 4 de la Convención de Belém do Pará.

127. En el mismo sentido, la Declaración¹¹⁹ establece que la negación de las políticas públicas y los servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas

115 Código Penal del Brasil. Art. 322. Disponible en : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm

116 Ley n° 18.426, Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, Uruguay. Art. 3 b). Disponible en: <http://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18426-dec-1-2008.pdf>

117 MESECVI, 2012. Op. Cit. Pag. 34

118 MESECVI, 2015. Op Cit. Párr. 111

119 MESECVI, 2014. Op. Cit.

y estereotipos discriminatorios, constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado, causándoles sufrimiento físico y psicológico.

128. Este Comité entiende que el mantenimiento forzado de embarazos de niñas de menos de 14 años constituye, en cualquier caso, un acto de violencia, por lo que los Estados Parte que prohíban la interrupción del embarazo en estos casos estarían cometiendo violencia institucional contra las víctimas.

129. Lo mismo ocurre con el personal médico de centros de salud públicos que viole la confidencialidad de la paciente o bien se niegue a practicar una interrupción legal de embarazo, obstaculizando los derechos de las mujeres y niñas.

6.4. Legislación que permita la interrupción del embarazo infantil por causas terapéuticas

130. La interrupción del embarazo por razones terapéuticas se produce cuando se encuentra en riesgo la vida o la salud de la mujer, entendiendo por salud, de acuerdo con la definición de la OMS/OPS: “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En general, todos los países de la región admiten la interrupción del embarazo cuando hay riesgo para la vida de la mujer¹²⁰. Sin embargo, varios casos se han presentado en la jurisdicción interamericana por violación del derecho a la vida de las mujeres, en tanto los Estados se han negado a reconocer en la práctica el derecho a interrumpir el embarazo, pese a cumplir este requisito.

131. El II Informe Hemisférico refiere que los Estados Partes en su generalidad cuentan con disposiciones para la interrupción legal del embarazo por motivos terapéuticos, sin embargo el informe establece que a nivel regional no existe consenso en la definición de los motivos. Se aclara que algunos Estados Partes permiten esta práctica solamente para salvar la vida de la madre, mientras otros instituyen dicho procedimiento para proteger la vida de la madre y evitar un daño grave o permanente a su salud física, y algunos lo complementan con la protección la salud mental¹²¹.

132. Pese al impacto que la violencia sexual tiene en las niñas en términos de su integridad y bienestar físico, mental y social, cinco Estados de la región no establecen ningún tipo de excepción a la prohibición absoluta del aborto, ni siquiera en los casos de las niñas del grupo etario 10 a 14 años, víctimas de violencia sexual. Así, Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, tienen restringido el aborto en todos los casos¹²². En Jamaica, si bien la interrupción del embarazo no está permitida normativamente, en la práctica se consideran como excepciones los motivos terapéuticos, así como también el embarazo producido por violación o por anomalía sustancial del feto¹²³.

120 Excepto los países que tienen prohibición total de la interrupción del embarazo: Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.

121 MESECVI, 2015. Op. Cit. Párr. 105

122 Aunque en República Dominicana se estaba buscando una flexibilización de la legislación restrictiva, para habilitar el aborto terapéutico, en diciembre 2015, el Tribunal Constitucional anuló por vicios de procedimiento las reformas al Código Penal, en el cual se legalizaba el aborto, si se realizaba por médicos especializados, permitía la interrupción del embarazo en caso de violación, incesto o malformaciones del embrión.

123 II Informe de Evaluación. Informe nacional: Jamaica. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/InformesNacionales.asp>

6.5. Legislación que permita la interrupción legal del embarazo infantil por violación sexual

133. En Argentina, luego del Fallo de la Corte Suprema en el caso FAL s/Medida Autosatisfactiva, del 13 de marzo de 2012¹²⁴, se eliminaron las discusiones sobre el acceso al aborto para mujeres víctimas de violencia sexual, lo cual aplica también a las niñas. Actualmente, podrán acceder a la interrupción legal del embarazo si son víctimas de violencia sexual, sean mujeres con discapacidad o no. Además, se dictaron Protocolos para la implementación del aborto no punible.
134. En Bolivia se admite el aborto en casos de violación. El Código Penal, en su Art. N°266¹²⁵ establece que “Cuando el embarazo es producto de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto, o cuando la vida de la madre corre grave peligro”. En este caso, preocupa que el matrimonio sea usado como mecanismo para evadir la responsabilidad penal del agresor, configurándose además en un matrimonio forzado para la niña víctima de la violencia.
135. En Brasil el Código Penal incluye como una de las excepciones a la penalización del aborto¹²⁶ los casos en que no hay otro medio de salvar la vida de la gestante o cuando es producto de estupro. La Ley 12.845, del 1 de agosto de 2013¹²⁷, establece además el deber de los centros públicos de salud de proporcionar atención integral y gratuita para víctimas de violencia sexual, lo que incluyen la administración de la anticoncepción oral de emergencia y antiretrovirales y profilaxis para evitar las ITS.
136. Ecuador informó que en la interrupción del embarazo por violación sexual se mantiene como condicionante que la mujer tenga idiocia o demencia¹²⁸.
137. En el caso de Uruguay el Comité notó con satisfacción en el II Informe de Seguimiento que Uruguay ha adoptado la Ley No. 18.987 que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo, estableciendo que “El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población”. En su Art. 2 la ley despenaliza el aborto realizado durante las primeras doce semanas de gestación, siempre que reúna los requisitos establecidos por la Ley.¹²⁹
138. El Código Penal Federal Mexicano no sanciona la interrupción del embarazo cuando éste sea resultado de una violación, así lo establece su Artículo 333. En las 32 Entidades Federativas el aborto por razones de violación sexual no se considera punible.

124 Corte Suprema de Justicia de la Nación, Argentina. Caso F. A. L. s/ Medida autosatisfactiva. Disponible en: <http://www.sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>

125 Código Penal de Bolivia. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/gapeco_sp_docs_bol1.pdf

126 Código Penal, Brasil. Art 128. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf

127 Ley N°12.845, de 1 de agosto de 2013. Sobre la atención obligatoria e integral de las personas en situación de violencia sexual. Brasil. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm

128 Código Penal, Ecuador. Art. 447. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/Ecuador.abo.htm>

129 Ley No. 18.987. Uruguay. Art. 2. Interrupción voluntaria del embarazo. La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gestación. Art 3. Dentro del plazo establecido en el artículo anterior de la presente ley, la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

7. Los protocolos de atención por violación sexual en niñas y adolescentes

7.1. Contexto general

139. Una mirada general a la normativa de los Estado de la región da cuenta de que si bien la casi totalidad de los Estados sancionan la violencia sexual contra niñas y adolescentes, existe una notoria desconexión entre las altas cifras de casuística que muestran los indicadores, las normas penales y los protocolos existentes para atender estos casos. Tal como veremos, el CEVI constata que pese a la amplia proliferación de protocolos de distinta naturaleza para atender los casos de violencia contra las mujeres¹³⁰, existe un gran vacío regional de protocolos especiales de atención integral y de protocolos del ámbito policial, judicial y forense con enfoque de género y con el interés superior de la niña como elemento principal a ser tomado en cuenta.
140. La Recomendación 27 del Segundo Informe Hemisférico, resalta la obligación de los Estados de adoptar e implementar protocolos de atención para las víctimas de violencia contra las mujeres en la policía o entidades receptoras de denuncias, las fiscalías y los servicios de salud, en los idiomas indígenas cuando proceda¹³¹.
141. Durante la pasada Ronda de Seguimiento el CEVI destacó una importante proliferación y avance en materia de protocolos¹³². De acuerdo al informe, la mayoría de los Estados latinoamericanos facilitaron información respecto a esta recomendación e informaron haber elaborado distintos protocolos para investigar y juzgar los delitos con perspectiva de género y para atender a mujeres víctimas de diferentes tipos de violencia, estandarizando con ello las actuaciones y los servicios prestados a las víctimas¹³³. De la información recibida por este Comité desde la Segunda Ronda de Seguimiento, que finalizó en 2014, a la Tercera Ronda de Evaluación que está actualmente en proceso de recopilar las respuestas de los Estados Parte a los Indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará¹³⁴, se pudo concluir que la tendencia en la región - aun cuando es ampliamente desigual - es garantizar al menos la

130 Principalmente en Latinoamérica. El CEVI solicitó información a los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará en el Caribe anglófono y sólo recibió información sobre Trinidad y Tobago, y tampoco tuvo acceso información sobre otros protocolos a través de información pública disponible en internet.

131 MESECVI (2014), Op. Cit. Recomendación N° 27: Adoptar e implementar protocolos de atención para las víctimas de violencia contra las mujeres en la policía o entidades receptoras de denuncias, las fiscalías y los servicios de salud, en los idiomas indígenas cuando proceda.

132 MESECVI (2015), Op. Cit, Párr. 258.

133 Ídem

134 CEVI (2013). Indicadores de Progreso para la medición de la implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención Belém do Pará". Disponible en: http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Guia_Indicadores_BDP_ESP.pdf

existencia de protocolos en el área de la salud de una manera más amplia que los dirigidos a la denuncia e investigación para la garantía del derecho a la justicia de las mujeres y las niñas víctimas de violencia sexual.

142. Los temas más comunes en los protocolos de la región son los destinados a atender de manera general los casos de violencia contra las mujeres, sobre todo en el ámbito de la salud, entre ellos, los protocolos de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, los protocolos específicos para la atención de situaciones de violencia sexual y los protocolos para tratamientos de profilaxis de emergencia para VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual en los servicios públicos de salud en los casos de violencia sexual.
143. Sin embargo, en términos generales, el panorama regional es poco alentador en cuanto a protección efectiva de los derechos de las niñas víctimas de violencia sexual, pues pese al amplio andamiaje jurídico de protección de derechos de las niñas y las adolescentes, tanto en el plano interamericano, como en los planos constitucional y penal de los países de la región, los mecanismos para hacer efectivos los derechos y las garantías de las niñas y las adolescentes son escasos o casi inexistentes. En igual medida, la existencia de herramientas tales como los protocolos en el ámbito de la justicia o en el ámbito de la salud distan mucho en su mayoría de cumplir los estándares plasmados en la amplia y profusa doctrina internacional de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas.
144. Presentamos algunas de estas iniciativas que permiten dar cuenta de los esfuerzos de los Estados en la materia, y cuya fuente original de información fue el sistema de indicadores de progreso para la implementación de la Convención, utilizado en las Rondas de Evaluación, así como información pública disponible en internet.
145. De los 32 Estados Parte de la Convención de Belém do Pará, sólo trece – Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela – dieron información o tienen información pública relevante sobre protocolos de atención y actuación en materia de derechos sexuales y reproductivos, de violencia sexual o de interrupción legal del embarazo.
146. Dentro de los países analizados, ocho¹³⁵ de los Estados incluyen referencias específicas a niñas y adolescentes dentro de sus protocolos sobre acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, si bien no diferencian la situación particular de las niñas de menos de 14 años.
147. En cuanto a los protocolos de atención a denuncias de violencia sexual, los Estados analizados contienen previsiones específicas para la atención de los casos de niñas, salvo Ecuador y República Dominicana. Sin embargo, sólo Argentina, Colombia, México y Panamá atendieron de manera específica la situación de niñas de hasta 14 años.
148. En la misma circunstancia nos encontramos frente a los protocolos de interrupción legal del embarazo, donde sólo siete de los trece¹³⁶ Estados analizados tienen protocolos de atención. De ellos, sólo Argentina, Panamá y Colombia hacen referencia a interrupción legal del embarazo en

135 Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay

136 Argentina, Colombia, Guatemala, México, Panamá, Perú, Uruguay.

los casos de niñas, aunque sólo Colombia hace referencia específica a los casos de interrupción legal del embarazo por violencia sexual contra niñas de menos de 14 años.

149. Otros Estados, como Paraguay¹³⁷ y República Dominicana¹³⁸, han buscado aminorar el impacto del embarazo precoz en el proyecto de vida y de desarrollo integral de las niñas víctimas de violencia, sin embargo, dichas normas son insuficientes para garantizar el acceso a la justicia de las niñas y la restitución de los derechos que se le han sido vulnerados.

150. En cuanto a los protocolos de atención, específicamente referidos al acceso de los kits de emergencia, ningún Estado de la región brindó información precisa sobre el número de kits de emergencia que fueron administrados para niñas víctimas de violencia sexual. Esto, además de no brindar certeza sobre el uso real del mecanismo de profilaxis, permite dar cuenta de la inexistencia de registros administrativos en los órganos receptores de denuncias, en los tribunales y fiscalías y en los servicios de salud, que provean datos confiables sobre la magnitud de la violencia contra las niñas – lo cual debe garantizarse conservando la privacidad de las víctimas -, así como el acceso y uso de los servicios por parte de las niñas afectadas por la violencia.¹³⁹

7.2. Panorama regional

151. No obstante ello, algunos Estados dieron cuenta de la existencia de algunos protocolos de atención a las niñas víctimas de violencia sexual que el CEVI considera importante relevar a la luz del presente informe:

152. En Argentina, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del año 2015¹⁴⁰ establece que el personal del sector de salud, es responsable de garantizar el derecho a interrumpir un embarazo cuando éste ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación, y reconoce que las niñas de 14 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento. También subraya la importancia del principio de la “autonomía progresiva” y el grado de desarrollo de cada niña o adolescente, en situación de requerir la realización de una interrupción legal del embarazo. El protocolo establece de manera específica que en los casos de niñas menores de 14 años, el consentimiento debe ser firmado también por el representante legal. Igualmente, el Protocolo para la Atención en Situaciones de Violencia Sexual¹⁴¹ establece

137 La Ley 4084/2010 tiene por objeto proteger el ingreso y la permanencia, así como brindar facilidades académicas, a los estudiantes que se encuentren en estado de gravidez y maternidad en las instituciones educativas públicas de gestión oficial, privada y subvencionadas. La Resolución S.G. No. 146 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, establece la obligatoriedad de brindar acceso a los servicios de salud de calidad y atención sin discriminaciones, con efectivo cumplimiento del deber de confidencialidad y garantía de plena vigencia del secreto profesional en la atención.

138 Normas nacionales para la atención integral de adolescentes. MISP-RD. 2010. Pág. 62. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/Plan_Estrategico_Salud_Integral_Adolescentes_2010-15.pdf

139 MESECVI (2014). Recomendación 39: Establecer registros en los órganos receptores de denuncias, en los tribunales y fiscalías y en los servicios de salud, que provean datos confiables sobre la magnitud de la violencia contra las mujeres conservando la privacidad de las víctimas, así como el acceso y uso de los servicios por parte de las mujeres afectadas por la violencia.

140 Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerios de Salud. Presidencia de la Nación. 2015. Disponible en: <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/ProtocoloANP2015.pdf>

141 Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación. Argentina, 2011. Protocolo para la Atención en Situaciones de Violencia Sexual, pág. 24. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php

que el Fiscal puede actuar de oficio –es decir, por su propia iniciativa– cuando los intereses de la niña o niño sean opuestos o incompatibles con los de sus padres o tutores.

153. Por su parte, Colombia presentó información sobre el Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual¹⁴² que contiene información pertinente acerca de la interrupción del embarazo en niñas menores de 14 años. Igualmente, el Protocolo Sobre Interrupción de Embarazo y prevención del aborto inseguro en Colombia¹⁴³ resalta el derecho que tienen las niñas de 14 años sobre su cuerpo, además de que contextualiza la gravedad de la muerte materna en este grupo etario y el contagio de infecciones de transmisión sexual en el mismo grupo.

154. Colombia también cuenta con el Protocolo de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública y Violencia de Género¹⁴⁴ y el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública y Mortalidad Materna¹⁴⁵, los cuales presentan datos exactos y precisos sobre violencia contra niñas menores de 14 años y las considera como una población predominantemente vulnerable, y analiza las altas posibilidades de este grupo de tener un embarazo de alto riesgo. Otro protocolo relevante sobre este tema es el Modelo para Adecuar las Respuestas de los Servicios de Salud a las Necesidades de Niñas y Adolescentes jóvenes de Colombia¹⁴⁶, el cual presenta información completa para la población Adolescente y juvenil, pero muy poca para niñas menores de 14 años. Adicional a ello, el Protocolo para la Orientación Psico-Jurídica a Mujeres, Niñas y Niños Víctimas de Violencia Sexual en el Marco del Conflicto Armado Interno¹⁴⁷ Presenta Información Completa sobre niños y niñas víctimas de violencia sexual, tiene en cuenta aspectos psicológicos, biológicos, preventivos, de intervención, etc. con el fin de abordar la problemática específica del embarazo infantil de forma integral. En el caso de Ecuador, se cuenta con el Protocolo para la Atención en Situaciones de Violencia Sexual y las Normas y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual¹⁴⁸ por ciclos de vida, los cuales incluyen entre las definiciones de violencia sexual, los matrimonios forzados o la cohabitación – incluyendo los matrimonios infantiles y adolescentes y la negación del derecho a la anticoncepción y al acceso de medidas de protección contra las infecciones de transmisión sexual. Contiene un capítulo específico sobre cómo diagnosticar y atender a nivel psico-social y a cuáles servicios remitir, incluidos los de justicia, cuando se trata de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual¹⁴⁹.

142 Secretaría Distrital de Salud, 2008. Disponible en: <http://www.comunidad.org.bo/assets/archivos/herramienta/8a6536113070bf1e1f506fa1e2dba3f1.pdf> Sobre interrupción de embarazo y prevención del aborto inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud. Autor: Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

143 Protocolo para el Sector Salud. Autor: Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

144 Ministerios de Salud. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos 2016 para la Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública. Diciembre de 2015. Colombia. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Lineamientos%20y%20Documentos/01%20Lineamientos%202016.pdf>

145 Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Morbilidad Materna Extrema. Colombia. 2016. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>

146 Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. 2008. Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Disponible en: http://www.colombiaprende.edu.co/html/productos/1685/articulos-300861_destacado.pdf

147 Protocolo para la Orientación Psico-jurídica de Mujeres, Niñas y Niños Víctimas de Violencia Sexual en el Marco del Conflicto Armado. Ley de Justicia y Paz. Unidad de Atención Integral a Víctimas. Defensoría Del Pueblo de Colombia. 2010. Disponible en: http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/04/orientacion_mujeres.pdf

148 Protocolo para la Atención en Situaciones de Violencia Sexual y las Normas y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual. Ministerio de Salud Pública del Ecuador Dirección de Normatización. 2009. Disponible en: <https://instituciones.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas%20y%20protocolos%20de%20atencin.pdf>

149 Op. Cit. Pág 71.

155. Guatemala cuenta con el Protocolo de Atención a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual¹⁵⁰, el cual establece que la obligatoriedad de la notificación del evento a las autoridades legalmente competentes, lo que no requiere del consentimiento de la persona víctima. Si la persona es menor de edad (niño, niña o adolescente) se debe notificar inmediatamente al Ministerio Público y este al Juzgado de la Niñez y la Adolescencia para la protección del/de la niña, sobre todo si existe sospecha que el agresor es el padre, tutor o persona cercana. Si ya se estableció un embarazo, el mismo se debe referir a control prenatal y a seguimiento preventivo para reducir el riesgo de transmisión vertical. No establece un procedimiento de interrupción voluntaria de embarazo. También dispone por protocolo el acceso al Kit de emergencia¹⁵¹ y a la asesoría legal por parte del Ministerio Público y la Procuraduría General de la Nación, cuando las víctimas son niñas.

156. En México, la normativa NOM-046-SSA2-2005 Sobre Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, establece los criterios para la prevención y atención de casos de violencia sexual, la anticoncepción oral de emergencia, la prescripción de profilaxis contra infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y los servicios de aborto médico conforme a las legislaciones locales en cada entidad federativa para aquellos casos de embarazo por violación. Su incumplimiento da origen a la sanción penal, civil o administrativa que corresponda. Sin embargo, el Manual de Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en las unidades médicas, no presenta información ni medidas de atención a mujeres adolescentes ni a niñas menores de 14 años¹⁵². La Guía de Atención Médica a Personas Violadas¹⁵³ y el Catálogo Universal de Servicios de Salud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud¹⁵⁴ establecen esquemas de tratamiento para personas que han sufrido una situación de violación sexual y profilaxis para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y pruebas de detección de embarazo. Finalmente, el Protocolo de Atención de Usuarías y Víctimas de Violencia del Centro de Justicia para las Mujeres¹⁵⁵ desarrolla un capítulo especializado para la atención de niñas, donde se establece que la niña que ha sufrido violencia debe ser tratada como una persona con derechos y por ende tiene voz y voto en las decisiones que podrían afectar su vida.

150 Guía de atención en situaciones de violencia sexual. 2009. Disponible en: <http://mspas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Programa%20Nacional%20de%20Salud%20Reproductiva/COMPONENTE%20SALUD%20Y%20EDUCACION/Protocolo%20victimas%20violencia%20sex%202.pdf>

151 Modelo de Atención Integral para mujeres sobrevivientes de violencia, aplicado a los centros de apoyo, integral para mujeres sobrevivientes de violencia, cuenta de dos áreas, 1.- Estrategia de empoderamiento, que cuenta con atención inicial, asesoría legal, apoyo psicológico, apoyo social, atención médica, grupos de apoyo y autoayuda, albergues temporales para las mujeres; 2.- Estrategia de intervención que cuenta con redes de apoyo auto cuidado, seguridad prevención y sensibilización, formación y comunicación, investigación y auditoría social, cabildeo y negociación.

152 Manual de Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo, (http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/art14frac1/manualile.pdf)

153 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud . Mexico 2011. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/9/personasvioladas.pdf>

154 Comisión Nacional de Protección Nacional. Secretaria de Salud. CAUSES 2016. Disponible en: http://www.repssver.gob.mx/uploads/file/Gestores%20del%20Seguro%20Popular/2016/001_CAUSES_2016.pdf

155 Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública Centro Nacional de Participación del Delito y Seguridad Ciudadana. Protocolo para la Atención de las usuarias y víctimas en los Centros de Justicia para las Mujeres de México. Pag 221. El protocolo establece claras pautas de actuación en cuanto a los métodos de investigación, atención y recepción de la denuncia. Entre las acciones propuestas en el protocolo, se encuentran el uso de la tecnología, las acciones necesarias para evitar las revictimizaciones y un modelo de atención integral que garantice el tratamiento adecuado de las niñas que han sido víctimas de violencia.

157. Panamá tiene la Guía de Atención de Salud Reproductiva Infanto-Juvenil, publicada en el 2006 por el Ministerio de Salud¹⁵⁶, que describe el embarazo en niñas menores de 14 años, y las Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes de 2006¹⁵⁷, dirigido a personas de 10 a 19 años. Estas normas establecen que las niñas tienen derecho a ser atendidas por demanda espontánea, referidas por funcionarios/as de salud de la misma u otra institución o embarazos. En los casos donde una niña solicita interrupción de su embarazo, se debe ofrecer consejería, explicar las implicaciones legales, médicas y las indicaciones terapéuticas para la interrupción del embarazo y trabajar conjuntamente con la niña o adolescente las alternativas diferentes al aborto. Ante una situación de violación o incesto en una niña o adolescente, si es detectada en las primeras 72 horas se debe indicar anticoncepción de oral de emergencia, mientras que los casos de solicitud de aborto por violación o incesto son manejados por los Juzgados y deben ser denunciados y tramitados antes de las 8 semanas de gestación, pues transcurrido este periodo se prescribe la continuación del embarazo¹⁵⁸.
158. En el caso de Perú, se presentó la Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva, que prevé especialmente los servicios de salud para niñas y adolescentes y los protocolos sobre interrupción del embarazo ante violencia sexual, tales como la Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en el Género¹⁵⁹. La guía, que considera adolescentes a la población entre 10 y 19 años, establece los métodos de coordinación con las defensorías de menores o autoridades para acciones conjuntas, estableciendo el deber de respetar las decisiones de las niñas y adolescentes y la obligatoriedad de administrar la anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho violento.
159. Uruguay dispone de la Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo del año 2012. Ésta no hace referencia a la edad, aunque el formulario del consentimiento informado prevé un espacio para el “representante legal”. La pauta para la intervención de los operadores de salud en situaciones de violencia sexual sí tiene especificaciones para niñas y adolescentes, y si bien no hace referencia a la interrupción del embarazo, sí se refiere a la anticoncepción oral de emergencia. Por su parte, el mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud establece la pauta a seguir en casos de maltrato o abuso sexual e incluye el embarazo como indicador de abuso y factor de riesgo. Prevé medidas para la prevención del embarazo (anticoncepción oral de emergencia) y para la detección precoz del embarazo.

156 Ministerio de Salud / Caja del Seguro Social Dirección General de Salud Pública Departamento de Salud y Atención Integral a la Población GUÍAS DE ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA INFANTO JUVENIL. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/norma_infanto_juvenil_documento_final_5_octubre_2006_2_.pdf

157 Ministerio de Salud / Caja del Seguro Social Dirección General de Salud Pública Departamento de Salud y Atención Integral a la Población UNFPA/OPS/OMS Panamá 2006 NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/norma_adolescentes_final_19_oct_2006_negro_azul.pdf

158 Op. Cit. Pág 76

159 Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA

160. Por último, Honduras y Trinidad y Tobago manifestaron durante la Tercera Ronda de Evaluación contar con protocolos de atención a víctimas de violencia sexual, sin embargo, no se encontraron disponibles públicamente ni el Protocolo de Atención Médica Integral a Víctimas/sobrevivientes de Violencia Sexual en el Primer Nivel de atención de Honduras ni el protocolo de Trinidad y Tobago. Costa Rica informó que tiene un Protocolo Institucional de Atención Integral a Víctimas de Violación Sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el Evento (Edad Joven y Adulta)¹⁶⁰ que prevé atención y profilaxis para niñas pero no establece ningún tratamiento especial ni diferenciado. Por último, Venezuela tiene la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva¹⁶¹, la cual reconoce el problema de abuso sexual en niñas de menos de 18 años y llama la atención sobre el tratamiento específico en niñas, pero no determina medidas específicas de atención inmediata diferenciada para niñas menores de 14 años.

160 Disponible en: <https://www.poder-judicial.go.cr/violenciaintrafamiliar/index.php/de-su-interes%3Fdownload%3D385:protocoloantirretrovirales%26start%3D10+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=us>

161 Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS Publicado con la colaboración y el apoyo de: Oficina Sanitaria Panamericana / Organización Mundial de la Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA. Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Caracas. 2013 Disponible en: http://www1.paho.org/ven/images/stories/VEN/10-11-13-NormaS_C.pdf?ua=1

8. Legislación sobre matrimonio infantil y forzado de las niñas en América Latina y El Caribe

161. La normativa en la región sobre la materia es amplia y heterogénea. Hasta hace relativamente poco, la mayoría de los Estados de la región preveían normas civiles que brindaban legalidad al matrimonio entre personas menores de 18 años. En los últimos años, avanzaron en reformas orientadas a aumentar el límite de edad legal para contraer matrimonio. Sin embargo, y como regla general, la mayoría de los países aún no han implementado las recomendaciones efectuadas por el Comité de Derechos del Niño¹⁶² y el Comité CEDAW¹⁶³ que establecen los 18 años como edad mínima legal para contraer matrimonio, y cuando se establece esta edad mínima, es común que la misma se flexibilice en caso de embarazo de las niñas.
162. Así, nos encontramos que la mayor parte de los Estados de la región que son parte de la Convención de Belém do Pará, la CEDAW y la Convención sobre los Derechos del Niño, establecen una edad mínima para el matrimonio que ronda los 14 años para las niñas y los 16 para los niños, y en todos los casos, cuando por lo menos uno de los esposos tiene menos de 18 años se requiere el consentimiento paterno, materno, o en su caso de los tutores, juez de familia o similar.
163. En septiembre de 2016 el Banco Mundial¹⁶⁴ publicó un compendio de marco normativo sobre Matrimonio Infantil que nos permite comparar la legislación de distintos países de Latinoamérica y el Caribe.

1623 Observación General Conjunta Núm. 31 Comité CEEDAW y Comité de los Derechos del Niño.

163 Ídem

164 E.Calimoutou, Y.Liu, B.Mbu, Compendium of International and National Legal Frameworks on Child Marriage, September 2016@World Bank. License: Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC BY 3.0 IGO)

Tabla 3

Edad para contraer matrimonio y excepciones – América Latina y El Caribe							
País	Fecha y título de la ley que establece la edad mínima	Edad mínima para niños	Edad mínima para niñas	Excepción al matrimonio antes de la edad mínima para niños	Excepción al matrimonio antes de la edad mínima para niñas	Autoridad competente para permitir a niños y niñas el matrimonio	Condiciones para permitir a niños y niñas el matrimonio
Bolivia	Código de Familia (1988)	16	14	No especificada	No especificada	Juez	Razones serias y justificadas
Brasil	Código Civil (2002)	18	18	16	16	Juez	Embarazo o para evitar sentencia criminal en caso de estupro
República Dominicana	Código Civil (1949)	18	15	No especificada	No especificada	Gobierno	Causas importantes
El Salvador	Código Civil (1859)	18	18	Menor de 18	Menor de 18	-	1-Si han alcanzado la pubertad; 2-Si tienen un hijo juntos o la niña está embarazada
Guatemala	Código Civil (1963)	18	18	16	14	Juez de Primera Instancia	Consentimiento conjunto de padres o guardianes
Haití	Código Civil (1963)	18	15	No especificada	No especificada	Presidente de Haití	Razones serias
Panamá	Ley de Familia (1994)	18 (sin consentimiento previo de padre o guardián) 16 (con consentimiento previo de padre o guardián)	18 (sin consentimiento previo de padre o guardián) 14 (con consentimiento previo de padre o guardián)		-	-	-
Perú	Código Civil (1984)	18	18	16	16	Jueces	Consentimiento parental o judicial

Fuente: E.Calimoutou, Y.Liu, B.Mbu, Compendium of International and National Legal Frameworks on Child Marriage, September 2016@World Bank ¹⁶⁵

165 Esta traducción no fue creada por el Banco Mundial y no debe ser considerada una traducción del Banco Mundial. El Banco Mundial no será responsable de ningún contenido o error en esta traducción

164. Entre los países con límites etarios por debajo de la edad recomendada se encuentran por ejemplo Bolivia, donde el Código de Familia de 1988 establece en su art. 44 los límites de 16 años para los varones y 14 para las niñas, e incluso permite que con autorización judicial se puedan casar por debajo de esos límites de edad.
165. En Brasil, el Código Civil de 2002 establece el límite de 16 años con autorización de los padres o representantes legales, pero además contempla la excepción de que podrá casarse alguien que no haya alcanzado esa edad para evitar la imposición de una sentencia criminal o en caso de embarazo (Art. 1517).
166. En la República Dominicana, el Código Civil de 1949 establece la prohibición de casarse para los hombres por debajo de los 18, pero para las mujeres el límite está en los 15 años (Art. 144).
167. El Salvador estipula en el Código de Familia de 1959 la nulidad absoluta de los matrimonios cuando los contrayentes no hubieran cumplido los 18 años de edad, pero de nuevo establece una excepción para los casos en los que hubieran alcanzado la pubertad, estuvieran esperando un hijo o bien la niña estuviera embarazada.
168. En Haití, el Código Civil de 1963 en su art. 133 establece el límite de edad para los hombres en 18 años, mientras que para las mujeres en los 15.
169. Panamá pone el límite etario en los 16 años para los niños y los 14 para las niñas, siempre que exista consentimiento de los padres o guardianes (Código de familia, Ley 3 de mayo 1994).
170. La República del Perú establece que los adolescentes no pueden contraer matrimonio, aunque prevé la excepción para niños y niñas mayores de 16 años si expresan su deseo de contraer matrimonio, con consentimiento de sus padres y autorización judicial (Código Civil, 1984 Art 241).
171. Nicaragua determina en su Código Civil que la edad mínima para contraer matrimonio son los 18 años de edad, pero permite excepciones para niñas y niños que deseen contraer matrimonio a partir de los 16 años si existe consentimiento de quien ostente la patria potestad.
172. Existen algunas iniciativas recientes, como la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes¹⁶⁶ de México, de diciembre 2014, que establece que “Las leyes federales y de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán como edad mínima para contraer matrimonio los 18 años”. Este Comité espera que esta normativa se vaya incorporando paulatinamente en cada una de las entidades federativas del Estado.
173. También en Guatemala una reciente reforma del Código Civil de 1936 (Decreto 8-2015, 2015), estipuló la edad mínima en los 18 años. Aunque permite excepciones para mayores de 16 años, prohíbe expresamente cualquier matrimonio por debajo de esa edad. La versión anterior del Código preveía que las niñas mayores de 14 años pudieran casarse con autorización.

166 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014

174. Recientemente, el parlamento de Costa Rica aprobó la Ley de Relaciones Impropias que establece como edad mínima para el matrimonio los 18 años, a la vez que penaliza a quien tenga relaciones sexuales con personas menores de 18 años cuando la diferencia de edad es mayor de 7 años¹⁶⁷.



Fotografía: mshnc872@Flickr (<http://www.flickr.com/photos/8538064@N03/517893338/sizes/l/in/photostream/>)

167 A la fecha de publicación de este informe la Ley estaba pendiente de publicación para su entrada en vigencia.

9. Acceso a la Justicia y debida diligencia en los casos de las niñas víctimas de violencia sexual

175. La promulgación de los múltiples instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia reflejan un consenso y reconocimiento por parte de los Estados sobre el trato discriminatorio tradicionalmente recibido por las mujeres en sus sociedades¹⁶⁸. Dichos instrumentos evidencian, específicamente, la obligación que tienen los Estados de establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar el acceso efectivo al resarcimiento, reparación u otros medios de compensación de los daños sufridos en la integridad, mente y/o cuerpo de las mujeres.¹⁶⁹
176. El acceso a recursos judiciales idóneos y efectivos constituye la primera línea de defensa de todos los derechos. En ese orden, los niveles de acceso a la justicia y justicia de género constituyen estándares de medición del fortalecimiento y construcción de las democracias en el continente¹⁷⁰, ya que desde su dimensión colectiva, el acceso a la justicia representa una herramienta de estabilidad para la sostenibilidad del sistema democrático y contribuye a atenuar los efectos de la desigualdad social¹⁷¹.
177. Las obligaciones que ha relevado el CEVI en materia de debida diligencia en el acceso a la justicia que se desprenden de la Convención son: 1. Establecer los medios, acciones y servicios necesarios para garantizar la atención de las niñas víctimas y abstenerse de cualquier práctica violenta o discriminatoria (art. 7 y 8, Convención); 2. Garantizar la accesibilidad de todos los medios, acciones y servicios sin discriminación alguna (art. 6 Convención); 3. Garantizar la calidad en las políticas, acciones y servicios dirigidos a las niñas (art. 7 y 8, Convención); 4. La obligación de adaptabilidad, desarrollando políticas e instituciones y brindando todos aquellos servicios que mejor se adapten a las necesidades de las mujeres, de las niñas y adolescentes, atendiendo a sus necesidades específicas (art. 9 Convención).

168 CIDH. Informe Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas, párr. 1. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/women/ Acceso07/ indiceacceso.htm>

169 Véase, artículo 7 g) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención Belém do Pará.

170 Arroyo Vargas, Roxana. Acceso a la justicia de las mujeres... el laberinto androcéntrico del derecho. Revista N. 53, Instituto Interamericano de Derechos Humanos. XX aniversario del Programa de Derechos de las mujeres. Enero a Junio 2011. Pág. 45.

171 Instituto de Defensa Legal (IDL) de Perú y la Fundación Debido Proceso Legal (DPLF). Obstáculos para el Acceso a la Justicia en las Américas. Intervención ante el Comité Jurídico Interamericano. 2009

178. En ese sentido, el CEVI ha venido señalando la necesidad de contar con información referida a los esfuerzos de los Estados para garantizar la debida diligencia a través de políticas públicas destinadas a garantizar el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia, para poder evaluar y monitorear las acciones implementadas con este objetivo. A tal efecto, el CEVI solicitó información sobre estadísticas manejadas en el poder judicial sobre las mujeres y niñas que acuden a los centros de recepción de denuncias, el número de casos atendido y el número de decisiones judiciales emanadas por parte de la administración de justicia, por los casos de violencia y de violencia sexual contra niñas. En segundo lugar, el CEVI también solicitó información¹⁷² sobre el porcentaje de órdenes de protección emitidas, sobre los procesos de capacitación del personal de justicia, la asistencia jurídica gratuita, y finalmente, solicitó información sobre la aplicación de la Convención de Belém do Pará en sentencias y sobre resoluciones o dictámenes que contengan estereotipos de género o prejuicios en los casos de violencia contra mujeres y las niñas.

9.1. Información y Estadísticas en el Sector Justicia

179. El MESECVI ha emitido dos “Informes Hemisféricos de Implementación de la Convención Belém do Pará” en 2008 y 2012¹⁷³. Así mismo, se han llevado a cabo dos rondas de seguimiento de las recomendaciones de dichos informes, con fechas de 2011 y 2014¹⁷⁴.

180. En estos informes el Comité también ha emitido recomendaciones específicas sobre el acceso a la justicia para las mujeres y las niñas y ha llamado la atención sobre aquellas que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, como las mujeres indígenas o afrodescendientes, y especialmente sobre los órganos y procedimientos disponibles, las ventajas y obstáculos que ofrecen, y las normas tanto nacionales como consuetudinarias usadas para administrar justicia¹⁷⁵.

181. Para medir el acceso a la justicia o por interpretación en contrario, el índice de impunidad en estos casos, al CEVI le resultó relevante tener información sobre los casos, denuncias y procesos que se llevan ante el sistema de administración de justicia. La información estadística que se plasma en este informe da cuenta de algunos de los esfuerzos de los Estados, pero también de las importantes brechas existentes entre el marco normativo y las políticas implementadas para garantizar el derecho de las niñas a vivir libres de violencia.

172 Ver Indicadores de Acceso a la Justicia en Sistema de indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/indicadores.asp>. Dichos indicadores de progreso permiten: Analizar el proceso en el tiempo y precisar la brecha en el cumplimiento de los objetivos y recomendaciones formuladas a los Estados; identificar la necesidad de nuevas fuentes de información; simplificar procedimientos al mismo tiempo que permite ganar en profundidad en el análisis y avanzar en la definición de una agenda de metas de cumplimiento en torno a las acciones necesarias para garantizar una vida libre de violencia para las mujeres.

173 MESECVI, Primer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, 2008. MESECVI, Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, 2012.

174 MESECVI, Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, 2012.

175 MESECVI 2008. Op. Cit. Recomendaciones 27, 33 y 34. Ver: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/InformeHemisferico2008-SP.pdf> y MESECVI, 2012. Op. Cit. Recomendaciones 3, 8-11, 14, 15, 19, 22-26, 29, 30, 35-42.

182. Esta información, además de permitir medir la confianza en el Poder Judicial, también permite evidenciar el grado de efectividad en el acceso a la justicia de las niñas víctimas de violencia sexual y la capacidad de los organismos públicos dedicados de atender el interés superior de las niñas y las adolescentes y de responder activamente a estas situaciones.
183. Pese a la importancia de esta información, en las Rondas de Evaluación, de los años 2013 y 2016 el CEVI pudo constatar la existencia de un patrón común de ausencia de información y estadísticas en el sector justicia. De los 32 Estados que son parte de la Convención, sólo 13¹⁷⁶ reportaron tener protocolos de atención frente a la violencia sexual y 11 reportaron información respecto a procesos legales por delitos en contra de las mujeres¹⁷⁷, y sólo dos¹⁷⁸ dieron alguna información relevante, desagregando los casos de violencia sexual contra las niñas.
184. El contraste entre las cifras de violencia sexual reportada por las cifras del sector salud, versus las cifras del sistema de administración de justicia, dan cuenta de la ausencia de manejo de esta información por parte de los Estados, como parte de sus obligaciones derivadas del artículo 8h¹⁷⁹ de la Convención. En razón de ello, el CEVI llama la atención de los Estados para señalar la importancia de levantar información al respecto, y de mantener estas cifras visibles y actualizadas como herramientas primordiales para el trabajo de erradicación de la impunidad en los casos de violencia contra las mujeres, y de manera especial contra las niñas.
185. El CEVI consultó el número de niñas que acceden al sistema de administración de justicia, el tiempo que tardan las denuncias, el tipo de denuncias que interponen o delitos de violencia por las que son víctimas, así como el número de decisiones de protección y sentencias definitivas por estos casos y el tiempo que tardan las resoluciones de los mismos.
186. Los resultados obtenidos en las Rondas de Evaluación dan cuenta en general de una bajísima capacidad de los Estados para contestar estas preguntas, lo cual evidencia al menos dos situaciones relevantes para el CEVI. La ausencia de esta información en la mayoría de los Estados Parte o lo que es peor, la ausencia de sistematización de esta información, equivale a la falta de uso de estas cifras como indicadores relevantes a la hora de evaluar esta grave situación.
187. La ausencia de información también da cuenta de la amplia desconexión entre el sistema de salud y el sistema de justicia, pues como se evidenció en el capítulo de las cifras en la región, al menos 17 de los Estados¹⁸⁰ parte de la Convención¹⁸¹ llevan cifras sobre distintos fenómenos¹⁸²

176 Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

177 Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

178 Perú y Venezuela.

179 Convención de Belém do Pará, 1994. Op. Cit. Artículo 8: Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para: garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.

180 Argentina, Chile, Colombia, El Salvador, México, Paraguay y República Dominicana.

181 Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Rep. Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela.

182 Embarazo en niñas de 10 a 14 años, nacidos vivos en niñas de 10 a 14 años, abortos en niñas de 10 a 14 años, mortalidad materna en niñas de 10 a 14 años, entre otros.

que evidencian la violencia sexual contra las niñas, tales como los embarazos y partos en niñas de menores de 14 años, los abortos en niñas de menores de 14 años y las muertes de niñas menores de 14 años por causas vinculadas con embarazo, parto o puerperio o los nacidos vivos en niñas de 10 a 14 años.

188. Fueron pocos los Estados que brindaron información sobre este el indicador porcentaje de procesos legales (penales, civiles o administrativos) por violencia contra las niñas y adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores, con respecto al total de denuncias por violencia contra las mujeres, y sólo dos dieron información sobre violencia contra las niñas. No obstante, las cifras proporcionadas dan cuenta claramente de esta situación.

189. Guatemala reportó que en el año 2012, por 42.422 denuncias de violencia contra la mujer, sólo el 1.19% culminó en sentencia. Lo anterior también se observa en la respuesta de Costa Rica, donde el mismo año 2013 se interpusieron 2.194 acusaciones por violencia contra las mujeres y solo se emitieron 704 sentencias. ¹⁸³

190. Ecuador informó en términos generales que para los años 2010, 2011 y 2012, al total de las causas legales ingresadas por procesos legales por violencia fue de 2.10% 0,71% y 0,47%, respectivamente, y Perú informó de manera más detallada que en el año 2012 se interpusieron 141,114 denuncias ante el Ministerio Público y han sido derivadas al Poder Judicial 54,599 casos de violencia. En ese mismo año, la Policía Nacional recibió 122,689 denuncias por violencia familiar, de las cuales 110,161 denuncias (el 90% del total) tenían por víctima a una mujer, siendo 6,427 menores de 18 años. En el año 2011, se reportaron 110,621 denuncias, de las cuales 100,289 (91%) tienen como víctima a una mujer. De dicha cifra, 6,464 son menores de 18 años. El Ministerio Público informó por su parte que en ese mismo año las denuncias por violencia familiar constituyeron el 22.1% del total de denuncias ingresadas en fiscalías provinciales, mientras que para el año siguiente (2012) este porcentaje fue de 23.5%. Perú fue el único Estado que hizo una desagregación más clara de los delitos por grupo etario de mujeres pero no dio cuenta del número de sentencias emitidas luego de dichas denuncias.

191. En Colombia, el ente investigador conoció en el año 2012 un total de 327.403 casos de violencia sexual, pero sólo 3.12% de los casos tramitados ante los órganos judiciales concluyeron en sentencia, y sólo el 2.67% de éstas fueron condenatorias. A su vez, Chile señaló para 2012, un total de 2.279 casos en delitos sexuales contra niñas, pero no informó sobre las decisiones judiciales.

192. República Dominicana informó que en 2012 se iniciaron 1.469 procesos penales en juzgados de instrucción por denuncias de violencia intrafamiliar, violencias contra la mujer y delitos sexuales contra mujeres¹⁸⁴. Adicionalmente, para el mismo año, se registraron 3.080 casos de delitos sexuales, según la Procuraduría General de la República. Venezuela por su parte informó

183 Véase respuesta Costa Rica. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

184 Ver respuesta del Estado de República Dominicana. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

que el Ministerio Público había registrado durante el año 2015 47 causas en torno a las distintas formas de violencia ejercida contra niñas entre 12 y 17 años, sólo dos de éstas estuvieron referidas a violencia sexual mientras que 3 estuvieron referidas a acoso u hostigamiento. Este dato, que llama la atención por la reducida causuística que sugeriría, contrasta con los 5.300 casos de niñas embarazadas en el grupo etario de 10 a 14 años reportadas en el mismo informe.

193. Como se evidencia, pese a existir un amplio catálogo de delitos vinculados con este tema en casi todos los Estados de la región que son parte de la Convención, ninguno dio cifras referidas a la violencia sexual contra las niñas, las denuncias presentadas o las decisiones emitidas en protección de las niñas.
194. Tampoco se brindó información sobre el amplio número de entidades receptoras de denuncias para delitos contra niñas¹⁸⁵ y ninguno de los Estados entregó información relativa a casos de reparación para niñas víctimas de violencia, lo cual impide evaluar cuál es el nivel de recepción y actuación por parte de los Estados en cuanto a las denuncias recibidas sobre violencia contra las niñas, específicamente, en relación al tratamiento y aplicación del delito de violencia sexual

9.2. Medidas de Protección

195. Las medidas de protección se fundamentan en la existencia de un riesgo de daño, y por lo tanto, tienden a asegurar una protección inmediata y eficaz a la víctima que se encuentra en peligro inminente¹⁸⁶, a la vez que “buscan mejorar las oportunidades para grupos que histórica y sistemáticamente han estado en situación de desventaja”¹⁸⁷. Recientemente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en una resolución de medidas provisionales a favor de la vida e integridad de una mujer salvadoreña a la que se le negaba la interrupción del embarazo, consideró que las medidas de protección: “Tienen un carácter no sólo cautelar, en el sentido de que preservan una situación jurídica, sino fundamentalmente tutelar, por cuanto protegen derechos humanos, en la medida en que buscan evitar daños irreparables a las personas”.
196. “En tal sentido, estas medidas tienen por objeto y fin preservar los derechos en posible riesgo hasta tanto no se resuelva la controversia. Su objeto y fin son los de asegurar la integridad y la efectividad de la decisión de fondo, y de esta manera evitar que se lesionen los derechos en litigio, situación que podría hacer inocua o desvirtuar el efecto útil de la decisión final”¹⁸⁸. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido en su jurisprudencia que la respuesta estatal deficitaria para dictar medidas de protección no es sólo el resultado de la negligencia e imprevisión, sino de patrones de discriminación y machismo arraigados en las agencias públicas¹⁸⁹.

185 Véase respuestas Costa Rica y Panamá. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

186 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Acceso a la justicia para víctimas de violencia sexual en Mesoamérica, OEA/Ser.L./V/II. Doc. 63, 9 de diciembre de 2011, pág. 63.

187 Cook Rebecca and Cusack Simone, “Estereotipos de Género: Perspectivas Legales Transnacionales”, Profamilia, Bogotá, 2010, pág.

188 Corte Interamericana de Derechos Humanos, Resolución de Medidas Provisionales Respecto de El Salvador, Asunto B, 29 de mayo de 2013, pág.

189 Abramovich Victor, “Responsabilidad Estatal por violencia de género: comentarios sobre el caso “Campo Algodonero” en la Corte Interamericana de Derechos Humanos” en Anuario de Derechos Humanos de la Universidad de Chile, pág. 176. Comité CEDAW, Recomendación General No. 25, párr. 18.

197. El Comité CEDAW ha señalado al respecto que la adopción de las medidas de protección puede ser considerada como “parte de una estrategia necesaria de los Estados Partes para lograr la igualdad sustantiva o de facto de la mujer y el hombre en el goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales”¹⁹⁰.

198. El CEVI no recibió información que pudiera dar cuenta de medidas inmediatas y efectivas que estén siendo adoptadas para evitar los altos índices de violencia sexual de los que son víctimas las niñas del grupo etario menor de 14 años, ni medidas temporales tendientes a proteger a las niñas víctimas de violencia sexual, en aquellos casos donde existieron embarazos producto de las violaciones. En ese sentido, evaluar los niveles de otorgamiento de medidas especiales de protección en el cumplimiento del deber de debida diligencia por parte del sistema de justicia para evitar un daño irreparable contribuiría significativamente al examen del cumplimiento de obligaciones por los Estados Partes. No obstante ello, al CEVI no le queda sino señalar la amplia preocupación por la ausencia de información sobre las medidas que se puedan estar implementado o que debiendo ser implementadas no se han desarrollado.

9.3. Medidas de autocomposición procesal, mediación y otros mecanismos para evadir la responsabilidad penal en detrimento de las niñas

199. Con relación a la prohibición explícita de la legislación de los Estados sobre los usos de métodos de conciliación, mediación, suspensión del juicio a prueba, aplicación del criterio de oportunidad, conmutación de la pena u otros orientados a resolver extrajudicialmente casos de violencia contra las mujeres, preocupa la información de la región referida a la existencia aún de normas y legislaciones civiles o penales que permiten el matrimonio con niñas, por un lado, y por otro, el matrimonio con niñas como mecanismo para evadir la responsabilidad penal frente a la violencia sexual, estupro, raptó o violación¹⁹¹. Dichos mecanismos tienen el mismo objetivo que los anteriormente señalados, diseñados para resolver extrajudicialmente delitos de violencia sexual contra las niñas.

9.4. Capacitación del Personal de Justicia

200. Los Estados en general tendieron a informar ampliamente sobre talleres y cursos de formación en transversalización de género y análisis normativo de la violencia contra la mujer en el ámbito judicial, pero en general, ningún Estado detalló, cómo se dieron estos esfuerzos para capacitar al personal de recepción de denuncias, investigación y juzgamiento sobre el derecho de las niñas y su interés superior, sobre todo en los casos de violencia sexual.

190 Comité CEDAW, Recomendación General No. 25, párr. 18

191 Ver código Civil de Brasil Da Capacidade para o casamento : Art. 1.517. O homem e a mulher com dezesseis anos podem casar, exigindo-se autorização de ambos os pais, ou de seus representantes legais, enquanto não atingida a maioridade civil. Parágrafo único. Se houver divergência entre os pais, aplica-se o disposto no parágrafo único do art. 1.631. Art. 1.518. Até à celebração do casamento podem os pais, tutores ou curadores revogar a autorização. Art. 1.519. A denegação do consentimento, quando injusta, pode ser suprida pelo juiz. Art. 1.520. Excepcionalmente, será permitido o casamento de quem ainda não alcançou a idade núbil (art. 1517), para evitar imposição ou cumprimento de pena criminal ou em caso de gravidez

201. Pocos Estados informaron de manera específica que estos cursos se realicen de manera permanente y formen parte de una política estructural. Tal es el caso de Perú que en el año 2012 firmó un Convenio de Cooperación entre la Academia de la Magistratura y la Defensoría del Pueblo para la realización de un Diplomado sobre Violencia de Género. Asimismo, señala la realización de cursos de capacitación a operadores de diferentes sectores organizados por el PNCVFS desde el 2001, y en especial 6 cursos realizados en el 2012 dirigidos a los Operadores del Ministerio Público¹⁹² de Venezuela que tiene un programa permanente de Formación en la Escuela Judicial, el Ministerio Público y la Defensoría del Pueblo¹⁹³.
202. Por su parte, la República Dominicana resalta el acuerdo de la Escuela de la Judicatura del Ministerio Público y Ministerio de la Mujer, quienes cuentan con programas para operadores con enfoque de género. Así mismo, se menciona la colaboración en los planes de formación con la Universidad INTEC y el Patronato de Ayuda a la Mujer. Resalta también el Programa de Divulgación y Capacitación sobre Género y Violencias de la Escuela Nacional de la Judicatura, mediante el cual se capacitaron 292 funcionarios del poder judicial. Adicionalmente, se capacitaron en el período de enero a septiembre de 2012 193 operadores de la rama judicial mediante la cátedra virtual. Adicionalmente, se menciona que el Proyecto de fortalecimiento de capacidades en la policía nacional para la prevención de la violencia logró capacitar 659 oficiales de la policía.

9.5. Patrocinio jurídico gratuito

203. En cuanto a la existencia de servicios jurídicos gratuitos e integrales destinados a la protección de las niñas, no se obtuvo respuesta de la mayoría de los Estados. Únicamente destaca la información enviada por Guatemala, que señala los distintos servicios que existen dentro de la administración de justicia, como la asistencia gratuita para obtener medidas de protección y seguridad para las víctimas de violencia, además de las Unidades de la Procuraduría General de la Nación enfocadas en la protección de mujeres, niñez y adolescencia y adulto mayor. También destaca la mención de la Defensoría de la Mujer Indígena la cual presta asistencia legal¹⁹⁴. Ningún Estado brindó información sobre medidas de protección y mecanismos de rescate y traslado para niñas víctimas de violencia sexual ni sobre la existencia de fondos de traslado, mecanismos de rescate, cambio de identidad, redes seguras de referencia, etc.
204. Argentina informó sobre la Ley 26485, la cual establece que el monitoreo en estos casos corresponde al Consejo Nacional de las Mujeres, quien debe garantizar el acceso a la justicia con patrocinio jurídico gratuito y procedimientos sumarísimos, asegurando la asistencia integral de las víctimas y medidas para enfrentar los patrones socio-culturales que promueven las agresiones de género. También informó de la implementación, por varias provincias, de sistemas de justicia itinerante para acercar la justicia a la comunidad a mujeres rurales e indígenas que

192 Véase respuesta de Perú. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

193 Respuesta de Venezuela a los Indicadores. III Ronda de Evaluación Multilateral.

194 Véase respuesta Guatemala II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

viven en comunidades alejadas de las grandes urbes. Sin embargo, no se informó sobre sistemas de atención específicos para niñas.

205. Bolivia indicó que a partir de la Ley 348¹⁹⁵, la cobertura del patrocinio gratuito pasó del 20% de los municipios en 2009 al 50% en el 2012¹⁹⁶. Perú informó que los Centros de Emergencia Mujer del MIMP son servicios públicos especializados en el tema que brindan patrocinio jurídico gratuito. En el 2012 se registró un cubrimiento del 73.8% de las provincias de todo el país. También referenció el Servicio de Atención Urgente (SAU) que tiene como finalidad intervenir en casos de violencia familiar y sexual; la Línea 100 y la Línea de Orientación Legal Gratuita ALEGRA.¹⁹⁷

206. Paraguay, por su parte, presentó cifras aportadas por organizaciones civiles que apoyan a mujeres en sus procesos penales¹⁹⁸. Es importante reconocer que Argentina y Chile fueron los países que mayor información presentaron sobre los programas y servicios, que existen en estos países para un acceso integral a la justicia¹⁹⁹. Sin embargo, ninguno detalló servicios especiales para niñas víctimas de violencia sexual.

207. Entre los países que tienen prohibición absoluta de aborto y un alto índice de niñas embarazadas menores de 14 años, Chile brindó información sobre la existencia de servicios y programas para un acceso a la justicia de forma gratuita y presentó cifras sobre las mujeres que efectivamente han sido usuarias de estos servicios. El Estado chileno respondió que la asistencia jurídica gratuita prestada desde el Ministerio de Justicia alcanza a 332 comunas de 346 en todo el país, es decir, que se está cubriendo con este servicio el 95% del total de la población. Así mismo, las líneas de atención han registrado un 65.78% de atención a mujeres en el total de los casos atendidos²⁰⁰. No obstante ello, se refiere sólo a mujeres sin identificar la situación de las niñas menores de 14 años.

208. República Dominicana señala que el Programa de Prevención a la Violencia del Ministerio de la mujer cuenta con 52 oficinas y además cuentan con la Dirección de Representantes Legales de la Víctima de la Procuraduría General de la República. De manera más concreta se informa que, en el año 2012, se atendieron 4.514 casos con un total de 163 sentencias por parte del personal de servicios jurídicos del Ministerio de la Mujer. Venezuela por su parte informó que cuenta con las siguientes instancias: 3 Fiscalías en todo el territorio nacional, 2 Fiscalías de Fase Intermedia y Juicio y 64 Fiscalías en Fase de Investigación a Nivel Nacional, además de un Servicio de Abordaje Integral a Víctimas de Delito de Violencia de Género y un Servicio de abordaje de Atención Psicológica a Víctimas de Violencia sexual y Agresiones Física y 34 Unidades de Atención a la Víctima a nivel nacional²⁰¹.

195 Ley 348... Integral para Garantizar a las mujeres una vida libre de Violencia. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

196 Véase respuesta Bolivia. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

197 Véase respuesta Perú. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

198 Véase respuesta Paraguay. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

199 Véase respuestas Argentina y Chile. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

200 Véase respuesta Chile. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

201 Respuesta de Venezuela a los Indicadores. Tercera Ronda de Evaluación Multilateral.

9.6. Bélem do Pará como Instrumento para el sistema de Administración de Justicia

209. Respecto a la incorporación de la Convención en las decisiones judiciales sobre casos de violencia contra niñas, sólo Paraguay da cuenta de la aplicación de la Convención en las sentencias, ninguno de los otros países se refiere al respecto, lo cual impide tener claridad sobre su nivel de incorporación a la jurisprudencia regional. En el caso de Paraguay, se informó que de 510 sentencias y resoluciones analizadas, 27 resoluciones citan la CEDAW y 83 la Convención de Bélem do Pará²⁰².
210. De las respuestas enviadas por parte de los países de la región Sudamericana preocupa la falta de claridad por parte de los Estados para diligenciar de forma correcta las preguntas derivadas de los indicadores de progreso. Resulta necesario identificar las inquietudes de las instituciones encargadas de dar respuesta a los mismos, en tanto que la falta de información impide hacer un análisis sólido respecto del nivel de cumplimiento en materia de acceso a la justicia. Si bien destacan respuesta sólidas, resulta preocupante para el Mecanismo de Seguimiento la falta de información de los Estados del Caribe para dar cuenta de los indicadores del cuestionario de la última Ronda de Seguimiento.

202 Véase respuesta Paraguay. II Ronda de Seguimiento. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/informesnacionales.asp>

10. Conclusiones

211. Del análisis efectuado, se evidencia una importante brecha en la situación de las niñas víctimas de violencia sexual y las normas que las protegen. En ese sentido, la gravedad de las penas impuestas por el delito de violación contra las niñas contrasta con los mecanismos de atención y respuesta dados a esta situación. De los Estados analizados, ninguno reportó información precisa sobre sentencias aplicadas en relación a los delitos de violencia sexual contra niñas de hasta 14 años. Tampoco se obtuvo información sobre el número de niñas que recibieron kits de emergencia para tratamientos profilácticos y atención especializadas por denuncias de violencia sexual.
212. Sólo cinco países de la región, Argentina, Colombia, Guatemala, México y Panamá, reportaron tener Protocolos de atención en Justicia especializados en esta franja etaria, pero ninguno de los Estados, ni siquiera los que tienen protocolos, dieron cuenta de procesos formativos y personal especializado para atender a las niñas de esta franja etaria, mucho menos en lo que se refiere a los casos de violencia sexual y embarazo en niñas con necesidades especiales derivadas no sólo de su condición de niñas, sino de otros factores de discriminación como la etnia o raza, las discapacidades, su condición indígena o su condición de migrante o de estar en conflicto con la ley, entre otras.
213. En el mismo sentido contrasta la ausencia de información relativa a las condenas impuestas por la aplicación de la normativa penal, pese a que todos los Estados reportaron tener una legislación que sanciona la violencia sexual y muchos agravaron o calificaron estos delitos cuando las víctimas eran niñas de 14 años o menos.
214. Resulta especialmente preocupante que en las normas penales de buena parte de los Estados del Caribe sobre violencia sexual contra niñas, aún persisten estereotipos de género que responsabilizan a las niñas por la violencia sexual de las que son víctimas, como aquellas que determinan atenuantes o eximentes de responsabilidad al agresor cuando éste prueba que la niña aparentaba más de 14 años de edad.
215. En el mismo sentido, resulta especialmente preocupante la eximente de responsabilidad penal que tienen lugar en los casos de violencia sexual cuando el agresor está casado con la víctima, normas que aún persisten y que se ha señalado ampliamente que profundizan la violencia dentro de las relaciones de pareja y que además, pueden poner en riesgo de matrimonio forzado a la niña víctima de violencia sexual.
216. En general, la normativa penal da cuenta de un amplio andamiaje de sanciones para proteger a las niñas menores de 14 años de la violencia sexual, pero nada dice sobre los daños que se

ocasionan cuando por estereotipos de género, la niña, pudiendo acceder a un aborto legal, es víctima del personal de salud que bajo la excusa de trabas burocráticas u objeción de conciencia desalientan las posibilidades legales de las niñas y sus progenitores para acceder a una interrupción legal del embarazo producto de las violaciones.

217. El mismo cuestionamiento opera para la implementación de protocolos de salud que dejan un amplio margen de actuación o libre criterio al personal médico encargado de cumplir las pautas necesarias para la interrupción del embarazo en estos casos.

218. En general, de la normativa revisada, tanto del ámbito penal como de protocolos y pautas de actuación, se desprende una amplia brecha de ausencia de procesos de formación, atención integral y divulgación de los derechos de las niñas tanto en el ámbito médico y de salud como en el ámbito judicial.

219. En el mismo orden de ideas, la carencia de información en la mayoría de los Estados da cuenta de una capacidad reducida para analizar el problema desde todas las perspectivas que éste incorpora para garantizar una progresiva erradicación de la violencia. La ausencia de datos, el subregistro, la falta de información sobre las situaciones de contexto que enfrentan las niñas, los tipos de abuso y la edad en las que éstos ocurren, son parte del problema en la región. Además, en la mayoría de los Estados que presentaron cifras relevantes, las cifras no coinciden con las acciones implementadas por los mismos Estados para atender la gravedad del problema.

220. Por ejemplo, en los Estados que tienen prohibición absoluta de interrupción de embarazo, el CEVI no encontró información relevante que permitiera determinar si existen otras pautas de protección que permitan atender integralmente a las niñas víctimas de violencia sexual. Así, Estados como Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, aunque reportaron llevar cifras, las mismas no fueron vinculadas a las medidas o políticas públicas implementadas para la erradicación del problema. Por tanto, no se podría determinar que existe una atención relevante a las niñas víctimas de violencia sexual, de acuerdo a la información suministrada por los Estados.

221. Cabe destacar que los Estados fueron consultados sobre las medidas educativas para las niñas y las adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos y sobre los procesos de formación en personal especializado. No se recibió información relevante sobre estos temas, razón por la cual no se destaca de manera especial en este informe.

222. El Comité también llama la atención sobre el hecho de que los protocolos del sector salud incorporan medidas de atención para niñas de menos de 14 años embarazadas, como si el hecho de que las niñas estuviesen embarazadas no esté asociado a la comisión de un delito de violencia sexual contra la niña embarazada, caso en el cual el personal de salud tiene obligaciones especiales en cuanto a la denuncia del caso y su tratamiento. Esta situación, como se ha venido señalando, se explica por una naturalización indebida del embarazo infantil en la mayoría países de la región.

223. En este marco, el CEVI desea reiterar el conjunto de recomendaciones que ha desarrollado respecto de esta materia y al mismo tiempo fortalecer algunas de las existentes, y llamar la atención sobre la necesidad de implementar medidas inmediatas para erradicar este flagelo.

11. Recomendaciones

Así el CEVI recomienda:

11.1. Políticas públicas en el ámbito legislativo:

224. Eliminar el aborto inseguro, asegurando normativamente que todos los embarazos de niñas sean considerados de alto riesgo y permitan la interrupción legal del embarazo, proceso que se acompañará con las medidas necesarias para garantizar la salud integral de las niñas así como su salud sexual y reproductiva y su derecho a la vida, a la integridad personal, a la intimidad a la no discriminación y a vivir libre de violencia;
225. Adoptar legislación que garantice tratamientos de profilaxis de emergencia para VIH y de otras infecciones de transmisión sexual en los servicios públicos de salud, especialmente en los casos de violencia sexual contra las niñas;
226. Anular todas las leyes penales y protocolos que profundicen los estereotipos de género y en particular los estereotipos de la víctima responsable o la prioridad de la vida del producto del embarazo forzado en contra del interés superior de las niñas;
227. Fortalecer el carácter laico de los Estados en la normativa y en las medidas a adoptar en los temas relacionados con la violencia sexual contra las niñas y el embarazo infantil en la región;
228. Recomendar firmemente que los Estados Partes examinen y, cuando sea necesario, reformen sus leyes y prácticas para aumentar la edad mínima para el matrimonio, con o sin acuerdo de los padres, a los 18 años tanto para las chicas como para los chicos y de manera prioritaria aquellas normas civiles y penales que eximen la responsabilidad penal del agresor por el matrimonio.

11.2. Políticas públicas en el ámbito educativo:

229. Establecer políticas públicas dirigidas a prevenir la violencia sexual contra las niñas con un enfoque interseccional, que tenga en cuenta la diversidad de raza, etnia, orientación sexual y condiciones de pobreza, por los varios factores de riesgo de abuso y violencia sexual que pudieran generarse contra las niñas, en las escuelas y en los centros de salud;

230. Garantizar la educación en derechos sexuales y reproductivos a todas las niñas, niños y adolescentes de acuerdo con su edad, incluyendo el VIH/SIDA y las ITS en la currícula escolar en todos los niveles educativos, para asegurar que se empoderan en el conocimiento y manejo de sus derechos sexuales y reproductivos;
231. Garantizar que los Estados produzcan información y estadísticas que den cuenta del análisis del contexto en que se dan la violencia sexual contra las niñas, con el objetivo de que estos estudios sean tomados en cuenta para la evaluación e implementación de políticas públicas a favor del derecho de las niñas a vivir libres de violencia, discriminación y patrones estereotipados;
232. Capacitar a los agentes estatales tanto del sector judicial como del sector médico sobre la atención integral que deben recibir las niñas víctimas de violencia sexual, con una perspectiva de género y derechos humanos;

11.3. Políticas públicas en el ámbito de la salud:

233. Reducir las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna infantil en la región, con los respectivos enfoques diferenciales;
234. Adoptar e implementar protocolos de atención para las niñas víctimas de violencia sexual en los servicios de salud y en los idiomas indígenas y lenguaje de signos cuando proceda;
235. Implementar protocolos de atención integral para garantizar la vida y la salud de las niñas que decidan interrumpir su embarazo;
236. Asegurar que todos los protocolos garanticen el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a todas las niñas, cualquiera sea su edad, incluyendo confidencialidad (incluso respecto de los padres cuando son los posibles abusadores) y consejería;
237. Adoptar protocolos de atención que determinen los pasos del tratamiento y la forma de atención a las niñas usuarias de la anticoncepción de emergencia y de tratamientos de profilaxis de emergencia para VIH y de otras infecciones de transmisión sexual en los servicios públicos de salud, especialmente en los casos de violencia sexual;
238. Asegurar que todas las niñas víctimas de violencia sexual tengan acceso a la anticoncepción de emergencia y garantizar la distribución gratuita de la anticoncepción oral de emergencia en los servicios públicos de salud sin distinción de clase social o pertenencia étnica, ni edad, y asegurar su pleno cumplimiento, removiendo los obstáculos que lo impidan;
239. Garantizar que no se reproduzcan conductas de maltrato y humillación en entornos institucionales, y que el personal de salud no revictimice o deniegue el acceso a los servicios de salud a las niñas que los requieran y asegurar el acceso a la información sobre la salud reproductiva, imprescindible para que puedan ejercer su autonomía reproductiva, y sus derechos a la salud y a la integridad física;

240. Dotar de los presupuestos necesarios a los organismos de protección de la niñez para asegurar la protección integral y especializada para niñas embarazadas y/o víctimas de violencia sexual;
241. Reiterar la recomendación de la Plataforma de Acción de Beijing y de conformidad con el artículo 8h de la CBDP, desglosar la información y los datos sobre la infancia por sexo y edad, emprender investigaciones sobre la situación de las niñas e integrar, según proceda, los resultados en la formulación de políticas, programas y decisiones para el adelanto de la niñas;

11.4. Políticas públicas en el ámbito del acceso a la justicia:

242. Fortalecer mecanismos de interacción efectiva entre el sector de salud y el sector judicial en los casos de violencia sexual contra niñas;
243. Ejecutar medidas adecuadas para identificar en el ámbito penal los obstáculos para sancionar y reparar a las víctimas de los delitos de violencia sexual contra niñas y tomar las medidas que estén al alcance tanto del Poder Judicial como de los órganos de Investigación para erradicar estos obstáculos y garantizar el derecho a la justicia de las víctimas y sus familiares;
244. Garantizar el efectivo cumplimiento de las leyes que sancionan el ejercicio de la violencia sexual contra las niñas, así como el acceso a la justicia y reparación de quienes hayan sido víctimas de tales delitos;
245. Garantizar atención integral y protección del interés superior de las niñas en el marco de los procesos judiciales y garantizar información transparente sobre el número de causas y la situación de los agresores;
246. Adoptar e implementar protocolos de atención para las niñas víctimas de violencia sexual en la policía y/o entidades receptoras de denuncias y las fiscalías, en los idiomas indígenas y lenguaje de signos cuando proceda;
247. Garantizar que existan medios idóneos y adecuados dentro del sistema de justicia para que las niñas que sufren prácticas de violencia obstétrica puedan fácilmente denunciar estas situaciones;
248. Investigar y sancionar las situaciones de violencia obstétrica contra las niñas que estén ocurriendo dentro de los sistemas de salud en la región;
249. Investigar los casos de mortalidad materna de niñas para verificar cuáles son las razones que llevaron a esas muertes y sancionar a los responsables;
250. Asegurar que las niñas víctimas de violencia reciban un trato digno, tomando todas las medidas pertinentes para promover su recuperación física y psicológica y la reintegración social, en un entorno favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta sus distintas especificidades y necesidades;

251. Garantizar la confidencialidad a las niñas víctimas desde el mismo acto de denuncia de los hechos y durante todo el procedimiento de actuación ante una situación constitutiva de violencia, mediante un proceso ágil y rápido, otorgándoles credibilidad y protegiendo la intimidad y dignidad de las personas afectadas;
252. Dotar de presupuestos necesarios a los organismos judiciales para eliminar los obstáculos que evitan la sanción de los agresores y profundizan la impunidad, dando un mensaje de aceptación social de estos hechos;

11.5. Políticas públicas en el ámbito de la comunicación:

253. Manejar los casos de embarazo infantil que conocen los medios de comunicación planteando reflexiones sobre la problemática, evitando sensacionalismos y la estigmatización de la víctima.

Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)

