



Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas

Patty Skuster
Asesora Senior de Políticas,
Ipas



ISBN: 1-933095-71-7

© 2013 Ipas

Producido en los Estados Unidos de América

Cita sugerida: Skuster, Patty. (2013). *Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas es una organización sin fines de lucro, que trabaja a nivel mundial para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto. Nos esforzamos por eliminar el aborto inseguro, así como las muertes y lesiones causadas por éste, y por ampliar el acceso de las mujeres a servicios de atención integral del aborto, incluidos los servicios de anticoncepción e información y servicios relacionados de salud reproductiva. Procuramos fomentar un ambiente jurídico, político y social que apoye los derechos de las mujeres de tomar sus propias decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva con libertad y seguridad.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es desgravable al máximo grado permitido por la ley.

Para obtener más información o para donar a Ipas:

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.

1-919-967-7052

info@ipas.org

www.ipas.org

Fotos: © Richard Lord

Las fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. No implican actitudes, comportamientos o acciones específicas por parte de los sujetos.

Impreso en papel reciclado.

Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas

Patty Skuster
Asesora Senior de Políticas, Ipas



Agradecimientos: Esta publicación fue elaborada en colaboración con la Unidad de Políticas y el Programa de Juventud de Ipas.

Índice

Introducción	1
El aborto y las mujeres jóvenes	1
Protección de los derechos humanos de las mujeres jóvenes	2
El interés superior de la infancia.....	2
Capacidades evolutivas	2
Confidencialidad.....	3
Leyes y políticas referentes al acceso de las menores a servicios de aborto	3
Ejemplos de leyes y políticas	5
En derecho: leyes referentes al aborto y la protección infantil	5
En políticas: normas y directrices	5
Anexo A: Recomendaciones de derechos humanos	7
Anexo B: Recursos adicionales	11
Anexo C: Actividad de taller.....	12
Fuentes.....	14

Introducción

Debemos disminuir las barreras a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes. Las jóvenes recurren de manera desproporcionada a servicios de aborto inseguro. Tienen acceso limitado a información y servicios de salud sexual y reproductiva, en particular para la prevención del embarazo, lo cual lleva a altas tasas de embarazos no intencionales. Entre las barreras que enfrentan las jóvenes para obtener servicios de aborto seguro se encuentran el alto costo de los servicios, falta de transporte y unidades de salud accesibles, influencia de la pareja, temor, estigma y prejuicios del personal de salud (Prata, Weidert y Screenvas, 2012). En el año 2008, aproximadamente tres millones de jóvenes entre 15 y 19 años de edad sufrieron abortos inseguros (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Los requisitos de participación de la madre y/o el padre, estipulados en las leyes o políticas, son barreras comunes que obligan a las jóvenes a recurrir a abortos ilegales y a menudo inseguros. Esta publicación fue elaborada para ayudar a promotores y formuladores de políticas a promover leyes y políticas que apoyen el acceso de las jóvenes a los servicios de aborto seguro.

El aborto y las mujeres jóvenes

En algunos contextos, las mujeres jóvenes sufren la mayoría de las complicaciones del aborto inseguro. Debido a las barreras a los servicios de salud reproductiva, las jóvenes son más propensas que las adultas a retrasar el aborto y la interrupción del embarazo en etapas más avanzadas de gestación conlleva mayor riesgo de muerte y lesión. Entre el 38% y el 68% de las mujeres tratadas por complicaciones del aborto inseguro tienen menos de 20 años de edad, según una revisión de registros hospitalarios de países en desarrollo (Olukoya, Kaya, Ferguson y AbouZahr, 2001). En África subsahariana, donde el 60% de los abortos inseguros ocurren entre mujeres menores de 25 años de edad, hasta un 70% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto son menores de 20 años de edad (Shah y Ahman, 2004). En un estudio realizado en Uganda, se encontró que casi el 60% de las mujeres que murieron por causas relacionadas con el aborto eran adolescentes (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000).

Los requisitos de notificación y consentimiento del padre y/o la madre son barreras importantes al acceso de las jóvenes a los servicios de aborto seguro, por las cuales se ven obligadas a poner en riesgo su vida y su salud al recurrir a servicios de aborto inseguro. Desproporcionadamente afectadas por la violencia sexual, las jóvenes también son perjudicadas por los requisitos de denunciar una violación a las autoridades para poder obtener servicios para la interrupción de un embarazo no deseado producto de violación. Dichos requisitos constituyen una barrera a los servicios de aborto seguro y deben evitarse. La participación obligatoria de los padres no aumenta la comunicación en las familias y no toma en cuenta a las personas jóvenes que no viven con sus padres o que son maltratadas por

ellos. Con respecto al aborto, la Organización Mundial de la Salud establece: "Para proteger los mejores intereses y el bienestar de las menores, y teniendo en cuenta sus capacidades evolutivas, las políticas y las prácticas deben alentar, pero no exigir, el compromiso de los padres" (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Protección de los derechos humanos de las mujeres jóvenes

La infancia y la adolescencia disfrutan de protecciones únicas bajo los derechos humanos internacionales. Las necesidades de las niñas y los niños y la función de los padres, tutores y otros miembros de la familia cambian durante la transición de la infancia a la adultez. Asimismo, las obligaciones de los Estados para con los derechos humanos evolucionan a lo largo de la vida de cada niña o niño. En el contexto de los servicios de salud reproductiva, tres principios pueden ayudar a mediar las relaciones entre los padres y otros cuidadores, las niñas y los menores y el gobierno. Estos principios, explicados a continuación, ofrecen orientación para las leyes y políticas aplicables cuando una menor busca interrumpir su embarazo. La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés) es la fuente principal de los principios de los derechos humanos que protegen a la infancia y la adolescencia.

Principio 1: el interés superior de la infancia.

El interés superior de la niña o el niño, según el Artículo 3 de la CRC, debe ser la preocupación primordial en todas las medidas concernientes a la infancia (Convención sobre los Derechos del Niño, 1990). En la mayoría de los casos, se da por supuesto que los padres y otros tutores representan los intereses de sus hijos; sin embargo, este estándar autoriza al Estado a intervenir cuando los derechos de la niña o el niño no son protegidos por sus padres.

Principio 2: capacidades evolutivas.

La CRC reconoce la función de los padres y otros tutores para proporcionar dirección y orientación a la niña o el niño, acorde a sus capacidades evolutivas (Convención sobre los Derechos del Niño, Art. 5, 1990). Según el principio relacionado de capacidad elaborado por Cook y Dickens, las personas jóvenes que entienden que necesitan proteger su salud reproductiva y que solicitan servicios de salud reproductiva con ese fin, pueden ser consideradas capaces de recibir consejería y servicios de salud reproductiva sin la supervisión de sus padres. Una niña (o un niño) que esté en condiciones de formarse un juicio propio tiene el derecho de expresar su opinión y esa opinión se debe tomar en consideración acorde a su edad y madurez (Convención sobre los Derechos del Niño, Art. 12, 1990). Según va evolucionando la capacidad de la niña, sus derechos y responsabilidades gradualmente reemplazan los de sus padres y tutores (Lansdown, 2005). Esto no sucede a una edad específica, sino que puede ocurrir en diferentes momentos para diferentes áreas de la toma de decisiones.

Principio 3: confidencialidad

Un elemento clave del derecho a la salud para adolescentes es la *confidencialidad*. Para asegurar que los servicios de salud sean accesibles a las jóvenes, se debe proteger la confidencialidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Los gobiernos deben promulgar leyes o reglamentos para garantizar la prestación de servicios confidenciales para la adolescencia, según la Convención sobre los Derechos del Niño (Comité de los Derechos del Niño, 2003).

Leyes y políticas referentes al acceso de las menores a servicios de aborto

Las leyes y políticas como las normas y guías referentes a la capacidad de las menores para consentir en tener un aborto deberían promover el interés superior de la niña, tomar en cuenta las capacidades evolutivas de las menores y proteger su confidencialidad. Las normativas que exigen la participación de los padres no respetan estos principios.

En la mayoría de los países, una red de leyes concernientes a diferentes temas dicta cuándo las niñas y los niños son competentes para tomar sus propias decisiones de manera independiente y cuándo deben considerarse como personas adultas responsables de sus acciones. Estas leyes son creadas para proteger a la infancia en circunstancias específicas y pueden establecer a qué edad una niña o un niño es considerado capaz de tomar decisiones o cuándo debe hacerse responsable penalmente (Lansdown, 2005). Algunos países dictan edades específicas cuando los niños pueden elegir su propia religión, consentir en recibir tratamiento médico o abandonar sus estudios, para nombrar algunos ejemplos. En otras jurisdicciones, las niñas y los niños por ley tienen derecho a tomar esas decisiones una vez que se considere que tienen suficiente madurez (Rogoff, Sellers, Ferrous, Fox y Ellis, 1997).

Respecto al tema del consentimiento de una menor para el aborto, el enfoque varía considerablemente entre jurisdicciones. En varios países, las menores pueden consentir por sí mismas en tener un aborto según las disposiciones en las leyes de aborto, leyes generales de salud o leyes concernientes a los servicios de salud infantil. Por ejemplo, éste es el caso en Etiopía, Fiji, Finlandia, Francia, Guyana, Israel, Nueva Zelanda, Sudáfrica y Suecia. Por otro lado, en algunos países, tales como Albania, Bosnia, la República Checa, Kosovo y Lituania, se exige explícitamente el consentimiento o la notificación de los padres, lo cual crea una barrera al acceso de las jóvenes a servicios de aborto seguro.

En otros países se establece una edad fija en la cual una persona menor de edad puede consentir en recibir tratamiento médico, incluidos los servicios de aborto, pero también se permite que el personal de salud determine que las niñas y los niños pueden dar su consentimiento según su nivel de madurez. Por ejemplo, en el Reino Unido, generalmente se permite que menores entre 16 y 17 años de edad consientan en recibir su propio tratamiento

médico, pero bajo *Gillick contra West Norfolk y Wisbech Area Health Authority*, menores de 16 años que tienen suficiente comprensión e inteligencia para poder entender plenamente qué implica el tratamiento médico en cuestión pueden dar su consentimiento para éste (*Gillick contra West Norfolk...*, 1985). Las mismas excepciones existen en Canadá y Luxemburgo. Este enfoque incorpora hasta cierto punto el principio de las capacidades evolutivas, pero difiere en el sentido de que supone incapacidad para menores más jóvenes que la edad fija (Cook, Erdman y Dickens, 2007). En otros países, como Estados Unidos, Australia, Guinea Ecuatorial, Mónaco y Zimbabue, también se establece una edad fija, pero se permite que las niñas den su consentimiento según la decisión de un tribunal o comité. Exigir este paso adicional y frecuentemente oneroso puede ser una barrera o causar demoras y llevar a abortos en etapas más avanzadas de la gestación, lo cual representa mayores riesgos para la salud de las jóvenes (Dennis, Henshaw, Joyce, Finer y Blanchard, 2009; Henshaw, 1995).

Cuando se formulan leyes o políticas que determinan si una menor puede consentir por sí misma en tener un aborto, es importante no suponer que una menor por ley no puede consentir simplemente porque es una menor o porque otra ley dicta la edad de autonomía en otras circunstancias. Por ejemplo, las leyes que abordan áreas como la responsabilidad penal, la votación, la capacidad para consentir en tener relaciones sexuales o casarse, o el acto de tener relaciones sexuales con menores, no dictan cuándo una joven puede consentir por sí misma en tener un aborto. El hecho de que la ley vigente permita o no que una menor consienta en tener un aborto solo se puede determinar después de una búsqueda y un análisis de las leyes directamente aplicables, tales como las leyes referentes al consentimiento de las menores para recibir tratamiento médico en general y servicios de salud reproductiva en específico. En muchos países, la ley vigente no se pronuncia en este asunto y la ley o las normas y directrices concernientes al aborto son las que determinan si las menores pueden consentir por sí mismas en tener un aborto. Las leyes o las normas y directrices deberían abordar esto específicamente; de lo contrario, las partes interesadas como profesionales de la salud, jueces, abogados, policía, padres y menores que buscan un aborto podrían suponer que la ley exige el consentimiento de los padres. La falta de claridad puede causar confusión y denegación de servicios seguros a las mujeres jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Ejemplos de leyes y políticas

Al establecer explícitamente en las leyes o en las normas y directrices que las menores pueden consentir por sí mismas en tener un aborto, los países protegen los principios del interés superior de la niña, sus capacidades evolutivas y su confidencialidad. A continuación se exponen ejemplos de textos jurídicos.

En derecho: leyes referentes al aborto y la protección infantil

Sudáfrica. Ley de libre elección en cuanto a la interrupción del embarazo, 1996.

En el caso de una menor embarazada, un profesional médico o una partera o enfermera titulada, según corresponda, debe aconsejar a la menor que consulte a sus padres, tutor/a, familia o amistades antes de interrumpir su embarazo: siempre y cuando no se le niegue la interrupción del embarazo porque la menor decide no consultar a esas personas.

Nueva Zelanda. La ley de cuidados infantiles, 2004.

Si es proporcionado por una niña (de cualquier edad), lo siguiente tiene el mismo efecto como si fuera mayor de edad: ...consentimiento a que una persona calificada profesionalmente para hacerlo le practique un procedimiento médico o quirúrgico para fines de interrumpir su embarazo”.

En políticas: normas y directrices

Ghana. Servicio de salud de Ghana. Prevención y manejo del aborto inseguro, Normas y protocolos referentes a los servicios de atención integral del aborto, 2012.

El profesional de la salud debe aconsejar a las menores que consulten a su madre, padre o una persona adulta de confianza, si no lo han hecho ya, siempre y cuando el hacerlo no ponga a la menor en peligro de daños físicos o emocionales. Sin embargo, no se le negarán servicios de aborto por el hecho de que la menor decida no consultar a esa persona.

Una madre, un padre, pariente u otra persona adulta o prestador de servicios capacitado que actúa en lugar de la madre o el padre puede dar su consentimiento en nombre de la menor.

Se debe respetar la confidencialidad de la menor, sujeta a las excepciones habituales que se aplican a la confidencialidad entre paciente y profesional de la salud.

Zambia. Ministerio de Salud. Normas y directrices para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas a causa del aborto inseguro en Zambia. 2009.

Norma 3. Las unidades de salud deben asegurar que las adolescentes y jóvenes tomen decisiones libres e informadas sin la coacción de las partes interesadas.

Directrices:

1. Garantizar el respeto de la autonomía en la toma de decisiones sin la autorización de terceras partes.
3. Cada profesional de la salud debe actuar de buena fe y velar por los intereses de la menor y esto puede implicar omitir el consentimiento de la madre, el padre o tutor/a.

Anexo A: Recomendaciones de derechos humanos

Observación General No. 12 del Comité de los Derechos del Niño: El derecho del niño a ser escuchado (2009)

Párrafo 98. La realización de las disposiciones de la Convención exige el respeto del derecho del niño a expresar su opinión y a participar en la promoción del desarrollo saludable y el bienestar de los niños. Esta norma es aplicable a cada una de las decisiones relativas a la atención de salud y a la participación de los niños en la formulación de políticas y servicios de salud.

Párrafo 99. El Comité señala que hay varias cuestiones distintas pero interrelacionadas que es necesario considerar respecto de la participación de los niños en las prácticas y decisiones relativas a su propia atención de salud.

Párrafo 100. Se debe incluir a los niños, incluidos los niños pequeños, en los procesos de adopción de decisiones de modo conforme a la evolución de sus facultades. Se les debe suministrar información sobre los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados, en particular de manera apropiada y accesible para los niños con discapacidades.

Párrafo 101. Es necesario que los Estados partes introduzcan leyes o reglamentos para garantizar el acceso de los niños al asesoramiento y consejo médico confidencial sin el consentimiento de los padres, independientemente de la edad del niño, en los casos que sea necesario para la protección de la seguridad o el bienestar del niño. Es necesario que los niños tengan ese tipo de acceso, por ejemplo, en los casos en que estén experimentando violencia o maltrato en el hogar o necesiten educación o servicios de salud reproductiva, o en caso de que haya conflictos entre los padres y el niño con respecto al acceso a los servicios de salud. El derecho al asesoramiento y consejo es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad.

Observación General No. 4 del Comité de los Derechos del Niño: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (2003)

11. Al objeto de promover la salud y el desarrollo de las adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Partes a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace el asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen la obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los

adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial.

31. [Las] adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Partes deben 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 prestar apoyo a [madres y padres adolescentes].*

Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo. El Comité insta a los Estados Partes a: a) 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 cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y c) elaborar políticas que permitan continuar su educación.

32. Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que esas opiniones sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del “interés superior del niño” (art. 3).

33. Por lo que respecta a la intimidad y a la confidencialidad y a la cuestión conexas del consentimiento fundamentado al tratamiento, los Estados Partes deben: a) promulgar leyes o dictar reglamentos para que se proporcione a los adolescentes asesoramiento confidencial sobre el tratamiento, al objeto de que puedan prestar el consentimiento con conocimiento de causa. En dichas leyes o reglamentos deberá figurar la edad requerida para ello o hacer referencia a la evolución de las facultades del niño; y b) proporcionar capacitación al personal de salud sobre los derechos de los adolescentes a la intimidad y la confidencialidad y a ser informados sobre el tratamiento previsto y a prestar su consentimiento fundamentado al tratamiento.

Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de las Naciones Unidas. A/66/254. 3 de agosto de 2011.

Párrafo 53: (...) En otros casos, los Estados obligan a las mujeres a obtener el consentimiento de sus esposos y a las adolescentes a obtener el consentimiento de sus padres antes de

*[Nota de la traductora: El final de esta oración es una corrección a la traducción oficial de este documento, que reza así: “y prestar apoyo a los padres de las adolescentes”.]

adquirir determinados medios anticonceptivos. Otras jurisdicciones permiten que los farmacéuticos, y en algunos casos las farmacias, se nieguen a dispensar anticonceptivos de emergencia permitidos por la ley. Estas leyes infringen el derecho de las mujeres y las niñas a tomar decisiones libres y bien fundadas en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva y responden a nociones discriminatorias del papel de la mujer en la familia y en la sociedad.

Párrafo 55: La obligación de respetar el derecho a la salud exige que los Estados se abstengan de limitar el acceso a los anticonceptivos y otros métodos de protección de la salud sexual y reproductiva. Por consiguiente, los Estados deben eliminar las leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole, incluidas las leyes que exigen el consentimiento de los padres o la autorización de terceras partes, a fin de garantizar el acceso a bienes, servicios e información en relación con la planificación de la familia y los métodos anticonceptivos. La obligación de proteger exige que los Estados eviten que terceras partes o prácticas sociales o tradicionales nocivas interfieran en el acceso a la atención prenatal y posterior al parto y a la planificación de la familia (véase E/C.12/2000/4, párr. 35) o coarten el acceso a algunos métodos anticonceptivos o a todos ellos. Por último, la obligación de cumplir exige la adopción y aplicación de una estrategia nacional de salud pública que incluya la prestación de “una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el acceso a la planificación familiar (...) y el acceso a la información” (véase E/CN.4/2004/49, párr. 29).

Resolución 19/37 aprobada por el Consejo de Derechos Humanos: Derechos del niño (2012)

Derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible

37. Exhorta a todos los Estados a que:

(a) Adopten todas las medidas necesarias para garantizar que se promueva y proteja el derecho del niño a la vida y la supervivencia y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación, entre otras cosas mediante la formulación y aplicación de leyes, estrategias y políticas, la elaboración de presupuestos y la asignación de recursos teniendo en cuenta las cuestiones de género, y la realización de inversiones adecuadas en los sistemas de salud, con inclusión de una atención de la salud primaria general e integrada, y en el personal sanitario, incluida la labor orientada a la consecución de los objetivos de desarrollo internacionales relacionados con la salud para 2015 y más allá de esa fecha; y garanticen el acceso a una alimentación y nutrición adecuadas, a agua potable y a saneamiento;

(b) Se ocupen, con carácter prioritario, de las vulnerabilidades de los niños afectados por el VIH y los que viven con él, prestando atención y apoyo a esos niños, sus familias y sus cuidadores, así como apoyo y rehabilitación, incluidas rehabilitación y atención social y psicológica, con inclusión de servicios pediátricos y medicamentos; intensificando los esfuerzos para desarrollar medios de diagnóstico precoz, combinaciones de fármacos específicos para los niños y nuevos tratamientos para estos, en particular para los lactantes que viven en entornos de recursos limitados, y agilizando los esfuerzos para acabar con la transmisión del virus de la madre al hijo;

(c) Aseguren la confidencialidad y el consentimiento informado en la prestación de servicios de atención de la salud, en particular la salud sexual y reproductiva, a los niños y adolescentes, teniendo en cuenta la evolución de sus capacidades

Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000)

Los niños y adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los posteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades. En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

Anexo B: Recursos adicionales

Cook, R. y Dickens, B. (2000). Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive health care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 70: 13-21.

Cook, R., Erdman, J. y Dickens, B. (2007). Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 98: 182-187.

Dickens, B. y Cook, R. (2005). Adolescents and consent to treatment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 89: 179-184.

Ipas. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill: Ipas.

Lansdown, G. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Giuntina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. (2ª edición). Ginebra: OMS.

Anexo C: Actividad de taller para mejorar el entendimiento de los servicios de aborto para las mujeres jóvenes

La siguiente actividad puede ser facilitada con promotores-defensores y formuladores de políticas; fue elaborada para ayudar a las personas a entender la necesidad de eliminar las barreras a los servicios de aborto seguro para las mujeres jóvenes.

Estudio de caso sobre las barreras al acceso de las jóvenes a los servicios de aborto seguro

Notas para el/la facilitador/a:

1. Entregue a cada participante una copia de “El caso de María” y solicite que discutan lo siguiente en grupos:
 - ¿Qué barreras legislativas, administrativas o procesales podrían impedir que María obtenga servicios de aborto seguro?
 - ¿Qué normas se deben establecer para asegurar que ella pueda obtener servicios de aborto seguro?
2. Discuta las respuestas con el grupo. Después de la discusión, lea la información adicional sobre el estudio de caso (a continuación) y la fuente del caso. Haga hincapié en que se trata de una historia verídica.

Información adicional: En Guanajuato, “Graciela Hernández”¹ denunció que había sufrido violaciones sistemáticas de su padre en el año 2002, cuando tenía 16 años de edad. A causa de las violaciones, Hernández quedó embarazada y declaró claramente que deseaba interrumpir su embarazo.

Según representantes de organizaciones no gubernamentales quienes brindaron apoyo emocional y jurídico a Hernández, el fiscal después persuadió a la adolescente a cambiar su acusación contra su padre de violación a incesto para que le dieran una menor condena de prisión al padre, ya que el incesto es considerado un crimen menos grave que la violación. Dado que en Guanajuato la interrupción del embarazo es legal solo después de una violación y no después de incesto, no se le autorizó el aborto y Hernández se vio obligada a llevar su embarazo a término. Esto fue extraído del registro oficial.

Fuente: Human Rights Watch, México. (2006). *The second assault: Obstructing access to legal abortion after rape in Mexico*. Disponible en www.hrw.org/reports/2006/03/06/mexico-secondassault

1 En el estudio de caso se utiliza el nombre María porque es un nombre común.

El caso de María

A la edad de 16 años, María había sufrido violaciones sistemáticas de su padre. Como resultado de las violaciones, quedó embarazada y declaró claramente que deseaba interrumpir su embarazo.

Y mi padre empezó a acariciar mis piernas y todo mi cuerpo. Y me penetró y me dolió mucho cuando me penetró. Lloré y le dije a mi padre que me dolió mucho. (...) Y le pregunté si ya no era virgen y mi padre dijo que antes de que me penetrara sí, pero ya no... Después de eso, todas las semanas mi padre me llevaba a diferentes hoteles fuera de la ciudad de [nombre omitido]. Y teníamos sexo. (...) Y con respecto a mi embarazo, quiero declarar que estoy segura de que el niño que estoy esperando es de mi padre... porque nunca tuve [sexo] con nadie más. (...) Y quiero declarar que no quiero tener el hijo que estoy esperando, porque no podré quererlo. Porque es de mi padre, no podré quererlo. Y tampoco sé como saldrá, si [el embarazo] saldrá mal. Además no lo quiero porque no quería estar embarazada y por eso quiero que me ayude a tener un aborto, porque como ya dije, no quiero tener a este hijo, porque es de mi padre y no lo quiero.

Fuentes

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4.

Comité de los Derechos del Niño. (2003). Observación General No. 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4.

Convención sobre los Derechos del Niño, G.A. res. 44/25, anexo, 44 ONU GAOR Suplemento (No. 49) en 167, Documento de la ONU A/44/49 (1989), que entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, Art. 3.

Cook, R., Erdman, J. y Dickens, B. (2007). Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 98: 182-187.

Dennis, A., Henshaw, S., Joyce, T., Finer, L. y Blanchard, K. (2009). *The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review*. Nueva York: Guttmacher Institute.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2000). *The state of world population 2000. Lives together, worlds apart: Men and women in a time of change*. Nueva York: UNFPA.

Gillick contra West Norfolk y Wisbech Area Health Authority y el Departamento de Salud y Seguridad Social. Cámara de los Lores de Inglaterra, 1985.

Henshaw, S. (1995). The impact of requirements for parental consent on minors' abortions in Mississippi, *Family Planning Perspectives*, 27(3): 120-122.

Lansdown, G. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Giuntina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Olukoya, A., Kaya, A., Ferguson, B. y AbouZahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(2): 137-147.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. (2ª edición). Ginebra: OMS.

Prata, N., Weidert, K. y Screenvas, A. (2012). Meeting the need: Youth and family planning in sub-Saharan Africa. *Contraception*, 2012.10.001. [Publicación electrónica antes de la versión impresa].

Rogoff, B., Sellers, M.J., Ferrous, S., Fox, NI y Ellis, S. (1997). Age assignment of roles and responsibilities in children: A cross cultural study. *Human Development*, 18(5): 353-369.

Shah, I. y Ahman, E. (2004). Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reproductive Health Matters*, 12(24): 9-17.

