

Amicus Curiae

Expediente 44297-2022-89-AAC

Revisión de la Resolución 241/2021 de la Acción de Amparo Constitucional

Interés en la presentación del Amicus Curiae dentro del expediente 44297-2022-89-AAC relativo a la resolución amparo constitucional en revisión 241/2021.

Excelentísimos Magistrados del Tribunal Constitucional Plurinacional de Bolivia:

Los abajo firmantes, investigadores del Instituto O'Neill en Derecho y Salud Global de la Universidad de Georgetown (O'Neill Institute for National and Global Health Law; en adelante, "Instituto O'Neill"), nos permitimos presentar el siguiente documento en calidad de amicus curiae dentro del expediente 44297-2022-89-AAC relativo a la resolución de amparo constitucional en revisión 241/2021.

El Instituto O'Neill es una institución sin fines de lucro situada en la Facultad de Derecho de la Universidad de Georgetown en Washington, D.C., que opera como un proyecto conjunto de la Facultad de Derecho y de la Facultad de Enfermería y Estudios sobre la Salud y cuenta con importantes recursos intelectuales de otras áreas de la Universidad, incluyendo la Facultad de Medicina, la Facultad de Política Pública y el Instituto Kennedy de Ética. La misión del Instituto O'Neill consiste en proveer soluciones innovadoras a los problemas más críticos de salud a nivel doméstico y global. En este sentido, el Instituto O'Neill busca contribuir a un entendimiento más vigoroso y profundo de las múltiples maneras en las que el derecho, incluyendo los derechos humanos, puede ser utilizado para mejorar la salud. Por lo tanto, y teniendo en cuenta que la salud reproductiva constituye una de las áreas en las que se entrecruzan el derecho y la garantía del estándar más alto de bienestar físico, social y mental de las personas, consideramos relevante presentar argumentos desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y desde el derecho comparado, que esperamos puedan contribuir a la discusión que tiene lugar al interior del Tribunal Constitucional Plurinacional motivo del análisis.

Dicho caso tiene profundas implicaciones en el derecho a la salud de las mujeres y niñas y otros derechos humanos relacionados. Primero, introduciremos los hechos del presente caso y las obligaciones de Bolivia en materia de derechos humanos que tienen relevancia a la luz del bloque de constitucionalidad. Segundo, analizaremos las barreras legales y fácticas que impactaron en el acceso a la interrupción legal del embarazo no sólo en el caso, sino también en los de otras mujeres y niñas en Bolivia. Tercero, abordaremos la toma de decisiones y

el consentimiento informado en niñas y adolescentes, los deberes de la confidencialidad y secreto profesional, y el rol de la injerencia indebida de la iglesia en este contexto. Finalmente, formularemos conclusiones y recomendaciones.

I. El contexto

A. Síntesis de los hechos tal como fueron presentados en la acción de amparo constitucional del expediente 44297-2022-89-AAC

La niña L.A.S. de 11 años de edad fue víctima de violación sexual, perpetrada por el padre de su padrastro. Producto de esa violación la niña quedó embarazada, y la tía denunció a la Defensoría de la Niñez y Adolescencia de Yapacani el delito. La niña fue llevada a un centro de salud donde se constató que tenía un embarazo de 22 semanas y ella manifestó su decisión de interrumpir el embarazo. Fue derivada a la maternidad Percy Boland en la ciudad de Santa Cruz donde le hicieron los análisis y estudios médicos. Según la demanda, la niña solicitó la ILE y manifestó su consentimiento, al igual que su madre. En consecuencia, el personal médico le suministró la primera dosis de la medicación para el procedimiento.

Los medios de comunicación empezaron a divulgar noticias sobre la situación, y la funcionaria de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia hizo declaraciones públicas en la televisión. Posteriormente, representantes de la Iglesia Católica ingresaron al hospital para conversar con la madre y la niña, lo que dio lugar a la revocatoria del consentimiento de la madre y la suspensión del procedimiento de ILE.

Conforme a la acción de amparo constitucional y una nueva valoración psicológica realizada por la Defensoría de la Niñez y Adolescencia Yapacaní indica que “la víctima fue influenciada con opiniones direccionadas el lenguaje y el discurso que no son propios de ella (...)” y “lo más alarmante es que la madre, en complicidad del grupo religioso y la aquiescencia de los médicos, personal de enfermería y/o administración del hospital, hicieron firmar a la víctima, un supuesto consentimiento en el cual expresaba su deseo de continuar con el embarazo, señalando ante esto que, la misma no tenía conocimiento del documento que le estaban haciendo firmar. Respecto al documento que la niña refiere haber firmado, se evidencia la presencia de sus huellas dactilares, con la intención de aparentar el consentimiento y conocimiento del contenido del mismo, sin embargo la declaración de la niña este aspecto es contradictorio y se demuestra que la voluntad de la niña está viciada.”¹

En la Resolución 241/2021 en la Parte Accionada la Responsable de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia de Yapacani menciona que: “(...) a horas 00:45 a.m., el médico especialista Dr. Chávez indica discontinuar con el ILE

¹Acción de Amparo Constitucional. NUREJ 203987665. Primera Instancia. 26 de octubre de 2021.

porque en una junta extraordinaria con personal de la iglesia Católica se decide continuar con el embarazo, esta afirmación es extraída del Historial Médico y el Informe Médico del Hospital, al continuar con el seguimiento y control del paciente, por decisión de los médicos de la maternidad y representantes de la iglesia católica, a horas 11.30 a.m del día 23 de octubre de 2021, se presenta una carta firmada por la madre de la niña desistiendo del ILE (...).”²

Los hechos indican que las personas que fueron en nombre de la iglesia le ofrecieron a la madre trabajo y dinero a cambio de que la niña no interrumpiera su embarazo. La madre determinó que se interrumpiera el procedimiento, y la niña fue llevada y aislada en un albergue. La Defensoría del Pueblo decidió interponer una acción de amparo constitucional.

Mediante Resolución 241/2021 de 2 de noviembre se concedió en parte la tutela invocada, disponiendo que la DNA de Yapacaní en coordinación con el Ministerio de Salud organizaran un equipo médico del más alto nivel compuesto por los profesionales y especialistas a fin de realizar una valoración integral de la niña.³

La Sala indicó que no podía pronunciarse sobre la continuidad o no de la ILE, pero solicitó un informe en el plazo de 24 horas con determinadas características a fin de ponerlo en conocimiento de quienes debían dar su consentimiento informado. Señalando en la Resolución:

“Queda claro que el Estado y en este caso el Órgano Jurisdiccional como parte del Estado, no puede lesionar ni sustraer la voluntad de los que deban dar el consentimiento libre e informado, como aparentemente lo ha hecho el Comité Médico compuesto por médicos administrativos y miembros de la Iglesia Católica, hacerlo sería tanto como incurrir en el reproche que ha generado esta Sala Constitucional en la audiencia...”⁴

Finalmente, el 7 de noviembre se hizo público que se había procedido con la interrupción legal del embarazo de la niña.

B. Bloque de constitucionalidad

El artículo Art. 410 de la Constitución establece que:

I. Todas las personas, naturales y jurídicas, así como los órganos públicos, funciones públicas e instituciones, se encuentran sometidos a la presente Constitución. II. La Constitución es la norma suprema del ordenamiento

²Resolución 241/2021. Acción de Amparo Constitucional. Parte Resolutiva. PRIMERO. Sala Constitucional Primera del Tribunal Constitucional Plurinacional de Bolivia.

³Resolución 241/2021. Acción de Amparo Constitucional. Parte Resolutiva. PRIMERO. Sala Constitucional Primera del Tribunal Constitucional Plurinacional de Bolivia.

⁴Resolución 241/2021. Acción de Amparo Constitucional. Parte Resolutiva. PRIMERO. Sala Constitucional Primera del Tribunal Constitucional Plurinacional de Bolivia.

jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa. El bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios internacionales en materia de Derechos Humanos y las normas de Derecho Comunitario, ratificados por el país. La aplicación de las normas jurídicas se regirá por la siguiente jerarquía, de acuerdo a las competencias de las entidades territoriales: 1. La Constitución Política del Estado, 2. Los tratados internacionales, 3. Las leyes nacionales, los estatutos autonómicos, las cartas orgánicas y el resto de legislación departamental, municipal e indígena, 4. Los decretos, reglamentos y demás resoluciones emanadas de los órganos ejecutivos correspondientes.⁵

Bolivia ha ratificado todos los tratados en materia de derechos humanos del Sistema Universal y estos tratados forman parte del bloque de constitucionalidad. Estos tratados incluyen el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)⁶, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁷, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT)⁸, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁹, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)¹⁰, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)¹¹, entre otros. También ha ratificado distintos tratados del sistema interamericano de derechos humanos, tales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)¹², el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)¹³, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará).¹⁴

II. Las barreras fácticas a la interrupción legal del embarazo

De acuerdo a la SCP 0206/2014 y al artículo 4 del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el marco de la SCP 0206/2014,¹⁵ la ILE es un servicio médico que debe ser brindado cuando la salud o la vida de la mujer está en peligro, en caso de malformaciones congénitas letales; o, en delitos sexuales referentes a violación, estupro, raptó e incesto.

⁵Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, Art.410.

⁶Ratificado por el Estado Plurinacional de Bolivia el 12 agosto de 1982.

⁷Ratificado por el Estado Plurinacional de Bolivia el 12 agosto de 1982.

⁸Ratificado por el Estado Plurinacional de Bolivia el 12 de abril de 1999.

⁹Ratificado por el Estado Plurinacional de Bolivia el 8 de junio de 1990.

¹⁰Ratificado por el Estado Plurinacional de Bolivia el 26 de junio de 1990

¹¹Ratificado por el Estado Plurinacional de Bolivia el 16 de noviembre de 2009.

¹²Ratificado por el Estado Plurinacional de Bolivia el 11 de febrero de 1993.

¹³Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, "Protocolo de San Salvador"), art. 10, OEA/Ser.L.V/11.82 (1992).

¹⁴OEA, 1994. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará").

¹⁵Resolución Ministerial 0027/2015 Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el marco de la SCP 0206/2014. 29 enero 2015

El Procedimiento antes mencionado, establece que el servicio debe ser realizado cumpliendo una serie de condiciones previstas en el marco normativo como de oportunidad (antes de las 24 horas contadas desde su solicitud); con un trato digno y respetuoso que considere su particular situación y la diversidad cultural de la solicitante; tras haber brindado una información clara, veraz, científica, imparcial y oportuna, en un ambiente amigable, respetuoso, libre de presiones de tipo religioso y estigmas; de acuerdo a estándares de calidad del servicio, bajo criterios de emergencia, salubridad, higiene y seguridad, con una provisión adecuada y oportuna de medicamentos y tratamientos integrales e interculturales; que aseguren una atención inmediata y un seguimiento médico y psicológico post-procedimiento, y de manera gratuita.

En el presente caso operaron barreras fácticas que interrumpieron indebidamente el procedimiento y retrasaron su realización. Además, este caso es emblemático porque es el reflejo de problemas estructurales que exigen medidas de no repetición de casos similares para que el Estado boliviano garantice el acceso a la interrupción legal del embarazo. Muchos de estos problemas estructurales fueron diagnosticados en un informe elaborado por la Defensoría del Pueblo (informe de la Defensoría) sobre la situación de la interrupción legal del embarazo en Bolivia.¹⁶

A. Las barreras fácticas

Las barreras fácticas actuales en el acceso a la interrupción legal del embarazo en Bolivia son varias, como expone el informe de la Defensoría. Mientras algunas están presentes en el caso concreto, otras resaltan patrones adicionales que contribuyeron a crear el contexto en que este caso ocurrió.

Dentro de las barreras que ocurrieron en el presente caso, están la falta de privacidad y confidencialidad de la ficha clínica, las irregularidades en torno al consentimiento previo, libre, pleno e informado, así como la injerencia de terceros en la toma de decisiones en el marco de la prestación del servicio de salud. El informe de la Defensoría describe qué actores clave están pidiendo el consentimiento por parte de personas que deberían ser ajenas al proceso de toma de decisión. El presente caso ejemplifica la existencia de esta barrera en casos de menores de edad pero también ha surgido en casos de mujeres con discapacidades, cuando el personal de salud ha pedido la autorización de un representante legal o tutor.¹⁷

¹⁶Informe Defensorial. Situación de la interrupción legal del embarazo como derecho humano de las mujeres. Defensoría del Pueblo 2020. www.defensoria.gob.bo

¹⁷Informe Defensorial. Situación de la interrupción legal del embarazo como derecho humano de las mujeres. Defensoría del Pueblo 2020. www.defensoria.gob.bo

Además, el informe de la Defensoría señala que la mayoría del personal de salud desconoce el requisito de consentimiento informado, y que este desconocimiento conlleva a no solicitarlo con las formalidades requeridas.¹⁸

Además, existen diversas prácticas dilatorias u otras acciones por parte de instituciones prestadoras de servicios de salud y/o profesionales de salud. Primero, existe un desconocimiento de la normativa de interrupción legal del embarazo de parte de los actores clave que impacta en la prestación de dicho procedimiento.¹⁹ Segundo, en muchos casos el personal de salud extiende arbitrariamente el plazo en la atención o los centros de salud siguen pidiendo el cumplimiento de requisitos no previstos en la normativa.²⁰ Tercero, el uso de la objeción de conciencia sin las salvaguardas respectivas contribuye a demoras y reducción del acceso en general. Cuarto, el desconocimiento y falta de entrenamiento técnico a los profesionales de la salud sobre cómo realizar una interrupción del embarazo sigue teniendo obstáculos.

B. Los derechos humanos afectados

A continuación recapitularemos los estándares internacionales que consideramos que el Tribunal Constitucional Plurinacional debe tomar en consideración al momento de decidir el presente caso.

1. El derecho a la salud

La Constitución de Bolivia, en el artículo 18, consagra el derecho a la salud y establece que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud, sin exclusión ni discriminación alguna.²¹ El derecho a la salud se encuentra reconocido en múltiples instrumentos internacionales, incluyendo el PIDESC²², la CEDAW²³, y la CDN²⁴, entre otros. Estos tratados y los derechos que se contienen, forman parte del bloque de constitucionalidad boliviano, y son vinculantes para el estado. El artículo 12 del PIDESC establece que “[los] Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, que le permita vivir dignamente a todo ser humano.²⁵ Además, el “más alto nivel posible de salud física y mental” abarca una amplia

¹⁸Informe Defensorial. Situación de la interrupción legal del embarazo como derecho humano de las mujeres. Defensoría del Pueblo 2020. www.defensoria.gob.bo

¹⁹Informe Defensorial. Situación de la interrupción legal del embarazo como derecho humano de las mujeres. Defensoría del Pueblo 2020. www.defensoria.gob.bo

²⁰Informe Defensorial. Situación de la interrupción legal del embarazo como derecho humano de las mujeres. Defensoría del Pueblo 2020. www.defensoria.gob.bo

²¹Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Art.18.

²²Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “PIDESC”), art. 12, Res. A.G. 2200A (XXI), Doc. de la ONU A/6316 (1966).

²³Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante, “CEDAW”), art. 12, Res. A.G. 32/180, Doc. de la ONU A/34/46 (1979).

²⁴Convención sobre los Derechos del Niño, Res. A.G. 44/25, Doc. de la ONU A/44/49 (1989).

²⁵Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “PIDESC”), art. 12, Res. A.G. 2200A (XXI), Doc. de la ONU A/6316 (1966).

gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones bajo las cuales las personas pueden llevar una vida sana.²⁶

El Comité CEDAW ha establecido que la falta de asegurar acceso a un aborto en casos de violación puede constituir una violación del derecho a acceder atención médica en condiciones de igualdad bajo el artículo 12 de la CEDAW.²⁷

El artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que “[t]oda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”²⁸ La Corte Interamericana ha dicho que “la salud sexual y reproductiva constituye ciertamente una expresión de la salud que tiene particulares implicancias para las mujeres debido a su capacidad biológica de embarazo y parto.”²⁹

El estado de Bolivia tiene que cumplir con esta sentencia y garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para cumplir con sus obligaciones internacionales relacionados con el derecho a la salud y los derechos relacionados, incluyendo el acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación.

A nivel internacional, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “Comité DESC”) ha subrayado que “[t]odas las personas y grupos deben poder disfrutar de igualdad de acceso a la misma variedad, calidad y nivel de establecimientos, información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva y ejercitar sus derechos sexuales y reproductivos sin ningún tipo de discriminación.”³⁰

El estado boliviano tiene una obligación clara de garantizar el derecho de la salud de todas las mujeres y niñas, y dilatar o negar los servicios de la interrupción del embarazo de una niña víctima de violación, vulnera este derecho suyo en el contexto de la salud sexual y reproductiva. En este marco, es evidente que el Estado Plurinacional de Bolivia, debe garantizar sin ninguna barrera la prestación de servicios de aborto en casos de violación, y a la ILE en las condiciones establecidas en la SCP 206/2014.

2. La prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a la integridad física y psíquica

²⁶Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4.

²⁷Comité para la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). L.C v. Perú. Comunicación No. 22/2009. 4 de noviembre de 2011, CEDAW/C/50/D/22/2009

²⁸Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “Protocolo de San Salvador”), art. 10, OEA/Ser.L.V/11.82 (1992).

²⁹Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Loayza Tamayo Vs. Perú*, Sentencia de 17 de septiembre de 1997, párr. 157.

³⁰Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 22, Doc. ONU E/C. 12/GC/22 (2016), párr. 22.

En el ámbito interno, la Constitución establece en su Art. 15, que “nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes” y que “toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual.”³¹ El Tribunal Constitucional Plurinacional estableció que el derecho a la integridad tiene tres dimensiones - física, psíquica y sexual - y que “...se traduce en el derecho a no ser víctima de ningún dolor o sufrimiento físico, psicológico o agresión sexual.”³²

En el sistema universal de derechos humanos, tanto la CAT como el PIDCP, ambos ratificados por el estado de Bolivia, prohíbe actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.³³ Según el CDH, este derecho protege aspectos de la integridad física y psicológica.³⁴ Además, el artículo 9(1) del PIDCP establece que “[t]odo individuo tiene derecho a la (...) seguridad personal”³⁵, la cual, según la interpretación del CDH, se refiere a la protección contra lesiones físicas o psicológicas o a la integridad física y moral.³⁶ En el sistema interamericano de derechos humanos, la CADH prohíbe los tratos crueles, inhumanos o degradantes y establece que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral...” en su artículo 5.³⁷

En el contexto de la salud sexual y reproductiva, la negativa de prestar una interrupción del embarazo puede derivar en un dolor físico y psicológico tan grave para las mujeres que puede constituir un trato cruel, inhumano o degradante bajo ciertas circunstancias.³⁸

La Corte Interamericana ha reconocido la importancia de una examinación integral de las circunstancias concretas de cada caso que implica el derecho a no ser sometido a tratos crueles, dado a los diversos impactos y factores relevantes en cada caso:

La infracción del derecho a la integridad física y psíquica de las personas es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y que abarca desde la tortura hasta otro tipo de vejámenes o tratos crueles, inhumanos o degradantes cuyas secuelas físicas y

³¹ Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Art.15.

³² Tribunal Constitucional Plurinacional, en la SCP 1981/2011-R. <https://jurisprudencia.tepbolivia.bo/Fichas/Ficha/1981>

³³ Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 7, Res. A.G. 2200a (XXI), Doc. de la ONU A/6316 (1966).

³⁴ Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 35: Artículo 9 (Libertad y seguridad personales), párr. 56, Doc. de la ONU CCPR/C/GC/35 (2014).

³⁵ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 9(1), Res. A.G. 2200a (XXI), Doc. de la ONU A/6316 (1966). *Ver también* Declaración Universal de los Derechos Humanos.

³⁶ Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 35: Artículo 9 (Libertad y seguridad personales), párr. 3, Doc. de la ONU CCPR/C/GC/35 (2014).

³⁷ Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), 1969, art. 5.

³⁸ Comité de Derechos Humanos. K.L v. Perú. Comunicación No. 1153/2003. CCPR/C/85/D/1153/2003, 22 de noviembre de 2005, párrs. 6.3; Comité de Derechos Humanos. L.M.R v. Argentina Comunicación No.CCPR/C/101/D/1608/2007 28 Abril 2011.

psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación concreta.³⁹

En el caso presente, la edad de la niña, la violencia que ha sufrido, y la situación de alta vulnerabilidad en que se encuentra tienen que ser considerados como factores relevantes.

El razonamiento de la Corte Europea de Derechos Humanos es influyente en esa área, y ha manifestado que, aún en la ausencia de lesiones, los sufrimientos en el plano físico y moral, pueden ser considerados como tratos inhumanos. El carácter degradante se expresa en un sentimiento de miedo, ansia e inferioridad con el fin de humillar, degradar y de romper la resistencia física y moral de la víctima, esta situación según la Corte, es agravada por la vulnerabilidad de una persona.⁴⁰

Negar la prestación de una interrupción del embarazo en casos de niñas y adolescentes que son víctimas de violación también puede derivar en unos dolores físicos y psicológicos tan graves para resultar en una violación de tanto de la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes como el derecho a la integridad física y psíquica.

3. El derecho a la vida privada y la autonomía

El artículo 21(2) de la Constitución Política del Estado establece que todas las personas tienen el derecho a “la privacidad, intimidad, honra, honor, propia imagen y dignidad.”⁴¹ A nivel internacional, varios tratados internacionales de los cuales Bolivia es parte, y que forman parte del bloque de constitucionalidad también establecen derechos a la vida privada y la autonomía. El PIDESC, por ejemplo, establece que “[n]adie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.”⁴²

En su artículo 11, la CADH establece que “[n]adie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia...” y “[t]oda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.”⁴³ La Corte Interamericana ha señalado que:

La efectividad del ejercicio del derecho a la vida privada es decisiva para la posibilidad de ejercer la autonomía personal sobre el futuro curso de eventos relevantes para la calidad de vida de la persona. Asimismo, la vida privada comprende la forma en que la persona se

³⁹Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*, Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrs. 162-163.

⁴⁰Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso María Elena Tamayo vs. Perú*, Sentencia de 17 de septiembre de 1997, (cfr. *Case of Ireland v. The United Kingdom*, Judgment of 18 January 1978, Series A no. 25. párr. 167) párr. 57.

⁴¹Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Art.21.

⁴²Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “PIDESC”), art. 17, Res. A.G. 2200A (XXI), Doc. de la ONU A/6316 (1966).

⁴³Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), 1969, art. 11.

ve a sí mismo y cómo decide proyectarse hacia los demás, siendo esto una condición indispensable para el libre desarrollo de la personalidad.⁴⁴

Además, ha establecido que la protección de la vida privada no se limita al derecho a la privacidad, abarcando también a una serie de factores relacionados con la dignidad de la persona.⁴⁵ Según la Corte Interamericana, “...de conformidad con el principio de libre desarrollo de la personalidad o la autonomía personal, cada persona es libre y autónoma de seguir un modelo de vida de acuerdo con sus valores, creencias, convicciones e intereses.”⁴⁶

Estos derechos han sido interpretados por varios comités y tribunales, y el Comité DESC ha planteado que la penalización del aborto o las leyes restrictivas al respecto socavan la autonomía de las mujeres.⁴⁷ Aunque el aborto en las circunstancias establecidas en la SCP 206/2014 es legal⁴⁸, las barreras que impiden el acceso al aborto siguen impactando los derechos a la privacidad y autonomía.

Finalmente, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, aunque sus decisiones no resultan vinculantes para el estado de Bolivia, ha desarrollado una jurisprudencia exhaustiva en relación a estos derechos. El Tribunal ha establecido que la negativa de los médicos de llevar a cabo un aborto terapéutico en casos de violación resultó en una violación al derecho a la vida privada y familiar establecido en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.⁴⁹

Según este análisis, cualquier barrera fáctica que dificulta o impide el acceso de las mujeres y niñas bolivianas a la interrupción del embarazo en casos de violación, puede generar responsabilidad internacional por violaciones de su derecho a la privacidad y la autonomía en tomar decisiones sobre su propia vida y salud.

4. Derecho a una vida libre de violencia

El artículo 15.II de la Constitución de Bolivia establece que “[t]odas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.”⁵⁰ El artículo 7.8 de la Ley 348 también prohíbe explícitamente la violencia contra los derechos

⁴⁴Corte Interamericana de Derechos Humanos Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación *In Vitro*”) vs. Costa Rica, Sentencia de 28 de Noviembre de 2012.

⁴⁵Corte Interamericana de Derechos Humanos Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación *In Vitro*”) vs. Costa Rica, Sentencia de 28 de Noviembre de 2012. Párr. 87.

⁴⁶Corte Interamericana de Derechos Humanos Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación *In Vitro*”) vs. Costa Rica, Sentencia de 28 de Noviembre de 2012, párr. 143.

⁴⁷Comité DESC, Observación General N°22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, Doc. de la ONU E/C.12/GC/22, párr. 34.

⁴⁸Sentencia Constitucional Plurinacional SCP 0206/2014.

⁴⁹Tribunal Europeo de Derechos Humanos. P. y S. v. Polonia. 57375/08, Final, 30 de enero de 2013.

⁵⁰Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Art.15.

reproductivos, definida como “la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros.”⁵¹

Además, según la SCP 0017/2019-S2, el derecho a una vida libre de violencia debe ser resguardado y protegido prioritariamente en contextos de discriminación estructural, resultante de categorías, roles y diferencias culturales y sociales que hicieron prevalecer una matriz social patriarcal basada en un modelo de masculinidad hegemónica.⁵²

El derecho a una vida libre de violencia también ha sido reconocido en el derecho internacional de derechos humanos. La CEDAW establece que “[e]l derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos.”⁵³ Asimismo, según el artículo 3 de la Convención de Belém do Pará, ratificado por el estado de Bolivia, “toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.”⁵⁴

En casos de víctimas de violencia, el Comité CEDAW en su observación general sobre violencia contra la mujer, enfatiza el estado de vulnerabilidad de víctimas de violencia, y la necesidad de proveer apoyos y servicios apropiados para ellas.⁵⁵ Al tener que enfrentarse con barreras en acceder un aborto legal, víctimas de violencia sexual están en riesgo de experimentar la revictimización y un aumento de su sufrimiento. La niña en el caso presente ya había sufrido graves violaciones a sus derechos por ser víctima de violencia sexual y familiar y, al llegar al sistema de salud, la niña se encontró en un estado de alta vulnerabilidad.

Los estándares del derecho internacional de derechos humanos establecen que las víctimas de violencia sexual deben tener acceso seguro y oportuno a ciertos servicios de salud sexual y reproductiva, como la interrupción del embarazo. El derecho a la salud también impone a los Estados una obligación de garantizar el acceso a una gama completa de servicios, incluidos aquellos en materia de salud sexual y reproductiva.⁵⁶ Los cuatro elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, establecidos por el Comité DESC, son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios

⁵¹Ley 348. Ley para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. 9 de marzo de 2013.

⁵²Tribunal Constitucional Plurinacional. SCP 0017/2019-S2 de 9 de marzo de 2019

⁵³Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, CEDAW/C/GC/35, 26 de julio de 2017.

⁵⁴OEA,1994. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), Art. 3.

⁵⁵Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19, CEDAW/C/GC/35, 26 de julio de 2017.

⁵⁶Comité DESC, Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12) párr. 12, Doc. de la ONU E/C.12/2000/4 (2000).

de salud.⁵⁷ El Comité DESC ha indicado que el derecho a la salud supone proporcionar a la mujer “acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.”⁵⁸

A pesar de la legalidad del aborto en casos de violación según la legislación nacional boliviana, el acceso al aborto sigue siendo limitado debido a las barreras fácticas presentes no solo en este caso individual, sino también en el sistema de salud en general. En el caso presente, el estado de Bolivia vulneró los derechos de la niña L.A.S. al no eliminar las barreras que afectaron su acceso a un aborto después de sufrir una violación.

III. Las falencias en la toma de decisiones médicas en niñas y adolescentes

Uno de los puntos de análisis del caso de estudio es la toma de decisiones sobre la salud reproductiva de las niñas y adolescentes. Es necesario tener en cuenta que L.A.S. tenía 11 años de edad al momento de los hechos y su condición de niña fue un factor determinante en la vulneración de los derechos fundamentales analizados en el amparo constitucional en estudio. Para analizar este punto es importante referirse al principio del interés superior de las niñas y niños, el concepto de capacidades evolutivas de las niñas y adolescentes y su autonomía en temas de salud sexual y reproductiva.

A. Principios de interés superior y de capacidades evolutivas

La CDN consigna el interés superior de las niñas, niños y adolescentes como uno de sus principios fundamentales. El artículo 3 de la CDN establece que las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos deben mantener el interés superior del niño como una “consideración primordial”.⁵⁹ El interés superior de cada niña o niño deberá determinarse “en función de sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, la relación con sus padres y cuidadores y su extracción familiar y social y tras haberse escuchado su opinión, de conformidad con el artículo 12 de la Convención.”⁶⁰ De este modo, el Comité de los Derechos del Niño (Comité CDN) ha relacionado el principio del interés superior con el principio de capacidades evolutivas.

La CDN introdujo el concepto de “capacidades evolutivas” que ha sido ampliado e interpretado por las opiniones e informes del Comité de los Derechos del Niño. En el artículo 5, la CDN establece que los gobiernos, los padres, los cuidadores

⁵⁷Comité DESC, Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12) párr. 12, Doc. de la ONU E/C.12/2000/4 (2000).

⁵⁸Comité DESC, Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12) párr. 21, Doc. de la ONU E/C.12/2000/4 (2000).

⁵⁹Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 3.

⁶⁰Comité 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, párr. 12.

y demás miembros de la comunidad tienen derechos y deberes respecto de todos los niños, “(...) en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.”⁶¹ Además, el artículo 14 utiliza el concepto de capacidad evolutiva de las facultades de los niños para referirse a los límites de la orientación de los tutores legales y los padres en relación con la libertad de pensamiento, conciencia y religión de los niños.⁶²

Para la jurista Sheila Varadan, el concepto de capacidades evolutivas se relaciona con la agencia de las niñas y niños, entendiéndose que “(...) a medida que los niños crecen y se desarrollan, sus capacidades evolucionan y los padres deben ajustar su dirección y orientación para permitir que sus hijos ejerzan una agencia cada vez mayor en sus vidas.”⁶³ Para la autora, el Comité de los Derechos del Niño ha utilizado el concepto de capacidad evolutiva de habilidades de las siguientes formas: (i) como un principio habilitador que faculta a los niños para ser sujetos de derechos y ejercerlos; (ii) como principio interpretativo que se relaciona con la capacidad de los niños para ejercer sus derechos; y (iii) Como un principio de política que debe ser incorporado por los Estados partes para orientar las políticas públicas relacionadas con la niñez.⁶⁴

El Comité CDN ha definido el principio de evolución de las facultades del niño como:

[U]n principio habilitador que aborda el proceso de maduración y aprendizaje por medio del cual los niños adquieren progresivamente competencias, comprensión y mayores niveles de autonomía para asumir responsabilidades y ejercer sus derechos. El Comité ha señalado que, cuanto más sepa y entienda un niño, más tendrán sus padres que transformar la dirección y la orientación en recordatorios y luego, gradualmente, en un intercambio en pie de igualdad.⁶⁵

Siguiendo esta definición, el Comité ha reconocido que los niños adquieren progresivamente conocimientos, competencias y comprensión sobre sus derechos y la mejor manera de ejercerlos. Por lo tanto, la evolución de las capacidades no puede ser “(...) una excusa para prácticas autoritarias que restrinjan la autonomía del niño y su expresión y que tradicionalmente se han justificado alegando la relativa inmadurez del niño y su necesidad de socialización.”⁶⁶

⁶¹Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 3.

⁶²Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 14.

⁶³Sheila Varadan, “Principle of Evolving Capacities under the UN Convention on the Rights of the Child”, *International journal of children’s rights*, 27, 2019: 306-338.

⁶⁴Sheila Varadan, “Principle of Evolving Capacities under the UN Convention on the Rights of the Child”, *International journal of children’s rights*, 27, 2019: 306-338.

⁶⁵Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, párr. 18.

⁶⁶Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 12 (2009) El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, párr. 17.

El Comité también ha utilizado el principio de la evolución de las capacidades para interpretar el artículo 12 que establece que los niños tienen derecho a “formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño”.⁶⁷ En la Observación General No 12, el Comité hizo énfasis en la edad de las niñas y niños y su injerencia en la toma de decisiones:

[L]a edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño. Los niveles de comprensión de los niños no van ligados de manera uniforme a su edad biológica. Se ha demostrado en estudios que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de la capacidad del niño para formarse una opinión. Por ese motivo, las opiniones del niño tienen que evaluarse mediante un examen caso por caso.⁶⁸

De acuerdo con esto, el Comité sugiere abordar las decisiones de los niños y niñas desde un análisis caso por caso, considerando que “cuanto mayores sean los efectos del resultado en la vida del niño, más importante será la correcta evaluación de la madurez de ese niño”.⁶⁹ Además, enfatiza que en el proceso de toma de decisiones escuchar a las niñas, niños y adolescentes no es suficiente, pues su derecho a formar y emitir un juicio implica considerar y tomarse sus opiniones seriamente.⁷⁰

Por su lado, en la Observación General No 15, el Comité usó el principio de capacidades evolutivas para interpretar el artículo 24 de la CDN sobre el disfrute más alto del derecho a la salud. El Comité enfatizó la importancia de la evolución de las capacidades de los niños para su toma de decisiones en el ámbito de la salud. Esto incluye su derecho a acceder a información relevante, a ser escuchados sobre los servicios de salud que necesitan, las características que deben tener dichos servicios para ser accesibles, incluyendo variables como las actitudes de los profesionales y los obstáculos que enfrentan para acceder.⁷¹ En la misma línea, el Comité ha reconocido que la autonomía de los niños en el contexto de la salud puede verse afectada por discrepancias y/o situaciones de discriminación, por lo que “(...) es fundamental disponer de políticas de respaldo y proporcionar a los niños, los padres y los trabajadores sanitarios orientación

⁶⁷Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 12 (2009) El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, párr. 17.

⁶⁸Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 12 (2009) El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, párr. 29.

⁶⁹Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 12 (2009) El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, párr. 30.

⁷⁰Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 12 (2009) El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, párr. 28.

⁷¹Comité 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, párr. 19.

adecuada basada en derechos con respecto al consentimiento, el asentimiento y la confidencialidad.”⁷²

Este concepto también se ha utilizado como principio rector de las políticas gubernamentales que busquen orientar a las familias para “(...) ajustar continuamente los niveles de apoyo y orientación que ofrecen al niño. Estos ajustes tienen en cuenta los intereses y deseos del niño, así como la capacidad del niño para la toma de decisiones autónomas y la comprensión de lo que constituye su interés superior.”⁷³

Así, el Comité CDN entiende que el principio de capacidades evolutivas es en sí mismo habilitador de la toma de decisiones de las niñas, niños y adolescentes e implica equilibrar el respeto por la opinión y el juicio de los menores con un nivel de protección apropiado. En este proceso es fundamental tener en cuenta los diferentes factores y determinantes sociales que pueden incidir en la toma de decisiones de una niña o niño. En este punto, es importante considerar aspectos como “(...) el nivel de riesgo implicado, la posibilidad de explotación, la comprensión del desarrollo de los adolescentes, el reconocimiento de que las competencias y la comprensión no siempre se desarrollan por igual en todos los ámbitos al mismo ritmo, y el reconocimiento de la experiencia y la capacidad de la persona.”⁷⁴

B. Reconocimiento de la autonomía para la toma de decisiones

Ahora bien, el Comité de CDN y el Comité CEDAW se han pronunciado específicamente sobre el acceso de las niñas y adolescentes a los servicios de salud sin discriminación y a la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva.

La CDN reconoce el derecho de las niñas y adolescentes a no sufrir discriminación, a acceder a la educación, a la no injerencia sobre su vida privada y familiar, a no sufrir violencia sexual u otras formas de explotación o abuso.⁷⁵ Específicamente, el artículo 24 de la CDN aborda el derecho de los niños al más alto nivel posible de salud y enfatiza su derecho a acceder a atención médica de calidad y sin discriminación. Además, en la Observación General No. 15 el Comité CDN expresó que los Estados deben:

(...) [V]elar por que los sistemas y servicios sanitarios 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. Los Estados deben

⁷²Comité 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, párr. 21

⁷³Comité 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, párr. 21

⁷⁴Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, párr. 20.

⁷⁵Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 2, 16, 19 y 28.

procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva.⁷⁶

Además, llamó la atención sobre las prácticas privando a los adolescentes de servicios en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo las objeciones de conciencia de los proveedores.⁷⁷

Por su lado, el Comité CEDAW se ha referido al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. El artículo 12 de la Convención reconoce el derecho de las mujeres a acceder sin discriminación a los servicios de salud, incluyendo los de sexual y reproductiva. En la Recomendación General 24, el Comité analizó el artículo 12 y aclaró que los Estados deben garantizar los servicios reproductivos a las mujeres a lo largo de su vida, incluidas las niñas y adolescentes. Además, el Comité ha enfatizado que negarse a proporcionar servicios de salud reproductiva para mujeres o niñas se considera discriminación de género.⁷⁸

En esta misma recomendación, el Comité reiteró su preocupación por las barreras que enfrentan las mujeres y niñas para acceder a servicios de salud reproductiva, incluyendo restricciones “(...) por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada o por su condición de mujer.”⁷⁹ Además, el Comité manifestó su preocupación por su falta de acceso a información y servicios adecuados relacionados con su salud sexual, afirmando que “los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.”⁸⁰

Queda claro que tanto el Comité CDN como el Comité CEDAW han reconocido que las niñas y adolescentes tienen derecho a estar libres de violencia y a acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva. Tanto la capacidad evolutiva de las niñas y adolescentes como el reconocimiento de su autonomía para la toma de decisiones en salud, y en específico sobre su salud sexual y reproductiva, es trascendental para el estudio de los hechos del presente caso, ya que L.A.S. es una menor de 11 años y su proceso de toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo se vio impactado por su condición de niña. A la luz de la CDN y la CEDAW, L.A.S. se debe entender como una niña que está en proceso de constante cambio y adquisición de facultades y herramientas que les habilitan

⁷⁶Comité 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, párr. 56.

⁷⁷Comité 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 párr. 69.

⁷⁸Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, sobre la mujer y la salud (1999), párr. 8.

⁷⁹Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, sobre la mujer y la salud (1999), párr. 14.

⁸⁰Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, sobre la mujer y la salud (1999), párr. 18.

a expresar su opinión, emitir juicios y tomar decisiones en temas relacionados con su salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva. Tal y como se expresa en la sección E, estos conceptos permiten brindar unas recomendaciones prácticas sobre cómo debe abordarse la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva de las menores, desde el marco de los derechos humanos.

C. La confidencialidad y el secreto profesional en la relación médico-paciente

El secreto profesional y la confidencialidad médica implican la protección y el resguardo de la información médica y personal obtenida a través del paciente en el marco de la consulta.⁸¹ El secreto profesional y la confidencialidad en el contexto médico ha sido protegido por la Corte IDH, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos,⁸² La Declaración de Ginebra⁸³ y el juramento hipocrático adoptado por la Asociación Mundial de Medicina, el Código Internacional de Ética Médica y la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente.⁸⁴

La Corte IDH ha determinado que la condición de ser médico requiere el cumplimiento de ciertos deberes éticos relacionados con el reconocimiento de la autonomía de los pacientes⁸⁵ y el manejo de la información sobre su salud.⁸⁶ En el caso de *Manuela v. El Salvador* la Corte IDH reiteró que el personal de salud ostenta un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos.⁸⁷ Además, estableció que el secreto profesional médico se extiende a la información que derive de la evidencia física que el personal médico pueda observar al brindar atención médica.⁸⁸ De este modo, la Corte IDH consideró que la confidencialidad en materia de salud está protegida tanto por el artículo 11 de la CADH que consagra el derecho a la vida privada, como por el derecho a la salud protegido autónomamente por el artículo 26.

Específicamente, en el caso de *Manuela*, la Corte IDH hizo consideraciones específicas sobre la confidencialidad en materia de salud sexual y reproductiva. La Corte IDH subrayó que los datos relativos a la vida sexual deben considerarse “personales y altamente sensibles.”⁸⁹ Además, estableció que la divulgación de la información médica en contextos de asistencia de salud reproductiva, y en

⁸¹Ver *Caso De La Cruz Flores Vs. Perú*. Sentencia de 18 de noviembre de 2004. Serie C No. 115, párr. 97, y *Caso Pollo Rivera y otros Vs. Perú*. Sentencia de 21 de octubre de 2016. Serie C No. 319, párr. 237.

⁸²Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. París, octubre de 2005.

⁸³La Declaración de Ginebra es una actualización del juramento hipocrático propuesto por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM) realizada en septiembre de 1948.

⁸⁴Asociación Médica Mundial, Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente, Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, abril 2015.

⁸⁵Corte IDH, *Caso I.V. v. Bolivia*, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329, párr. 160.

⁸⁶Corte IDH, *Caso De la Cruz Flores v. Perú*. Sentencia de 18 de noviembre de 2004, Serie C No. 115, párr.101.

⁸⁷Corte IDH, *Manuela y otros Vs. El Salvador*, Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 206.

⁸⁸Corte IDH, *Manuela y otros Vs. El Salvador*, Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 206.

⁸⁹Corte IDH, *Caso Manuela y otros v. El Salvador*. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 205.

específico de emergencias obstétricas, puede poner en riesgo los derechos a la salud, integridad personal y vida, ya que muchas evitan ir a los servicios de salud por miedo. Entonces, la Corte IDH estableció que incluso cuando exista un deber de denuncia, “debe privilegiarse el deber de guardar el secreto profesional.”⁹⁰

Por su lado, la Declaración de Ginebra - conocida como el juramento hipocrático moderno - señala que entre los principios que el personal médico debe seguir se encuentra el “guardar y respetar los secretos que se [le] haya confiado, incluso después del fallecimiento de [sus] pacientes.”⁹¹ Asimismo, el Código Internacional de Ética Médica establece que las y los integrantes de la profesión deben “respetar el derecho del paciente a la confidencialidad”.⁹² En el mismo sentido, la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente indica que “toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte.”⁹³ El Manual de Ética Médica⁹⁴ indica que la importancia de la confidencialidad reside en tres fuentes: “la autonomía, el respeto por los demás y la confianza.”⁹⁵

Según estas fuentes internacionales de ética médica, existen ciertas exigencias legales para justificar el relevamiento de la información médica de un paciente, desde el otorgamiento del consentimiento del paciente hasta la existencia de “una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros”⁹⁶, entre otras. Sin embargo, aun cuando el médico está convencido de que cumple con las exigencias legales para revelar la información médica de un paciente, “es mejor que hable con el paciente sobre la necesidad de toda revelación antes que lo haga y obtenga su cooperación.”⁹⁷

Estos principios de ética médica han sido considerados expresamente por distintos órganos a cargo de la interpretación y aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos. El Comité DESC resalta la importancia de incorporar los principios de la ética médica en la provisión de bienes y servicios médicos, señalando que “el derecho a la salud obliga a todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica (...) y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de

⁹⁰Corte IDH, *Caso Manuela y otros v. El Salvador*. Sentencia de 2 de noviembre de 2021, párr. 224.

⁹¹Declaración de Ginebra, Adoptada por la 2ª Asamblea General de la Asociación Mundial de Medicina, Ginebra, Suiza, septiembre 1948; enmendada por última vez en la 68ª Asamblea General de la Asociación Mundial de Medicina, Chicago, Estados Unidos, octubre 2017.

⁹²Asociación Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica, Adoptado por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

⁹³Asociación Médica Mundial, Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente, Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, abril 2015.

⁹⁴Asociación Médica Mundial, Manual de Ética Médica, 3ª edición, 2015.

⁹⁵Asociación Médica Mundial, Manual de Ética Médica, 3ª edición, 2015, p. 51.

⁹⁶Adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Mundial de Medicina, Londres, Inglaterra, octubre 1949; enmendado por última vez en la 57ª Asamblea General de la Asociación Mundial de Medicina, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

⁹⁷Asociación Médica Mundial, Manual de Ética Médica, 3ª edición, 2015, p. 54.

salud de las personas de que se trate.”⁹⁸ El Comité CEDAW señaló que cuando no existe confidencialidad, o se viola la misma se “puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar.”⁹⁹

En el mismo sentido, el Mecanismo de seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) señaló que “el acceso a los servicios de salud en general, y a los servicios de interrupción del embarazo en particular, debe ser confidencial”.¹⁰⁰ Declaraciones similares sobre los efectos de la falta de confidencialidad han sido emitidos por la Relatoría Especial de Naciones Unidas sobre tortura y otros malos tratos¹⁰¹ y la Relatoría Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud.¹⁰²

El deber de confidencialidad también cuenta con protección legal en Bolivia y ha sido reconocido como una de las bases fundamentales de los derechos de los pacientes. La Ley No. 3131, del Ejercicio Profesional Médico, establece en su artículo 12 el deber profesional médico de guardar el secreto profesional.¹⁰³ En el contexto de la salud sexual y reproductiva, la Resolución Ministerial 0027/2015 establece el carácter confidencial de los casos de los casos de la interrupción legal del embarazo, el cual debe ser aplicado por todos los proveedores de salud.¹⁰⁴

En este punto, es necesario resaltar que aunque la institución de salud tenía el deber de guardar la confidencialidad, el caso denota que no se establecieron las salvaguardias para proteger información confidencial y de carácter altamente sensible de L.A.S, al tratarse de la historia clínica de un servicio de salud reproductiva de una menor de edad víctima de violencia sexual. Además, como se establece en los hechos del caso, la institución de salud permitió la difusión de la información clínica de la paciente a terceros, incluyendo actores religiosos que no se relacionaban con la prestación del servicio de salud. Esto resultó en una violación no solo del su deber de confidencialidad por parte de los médicos

⁹⁸Comité DESC, Observación General núm.14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, par. 12.c); Observación General núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, E/C.12/GC/22, párs. 19, 40 y 49 d).

⁹⁹Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, sobre la mujer y la salud (1999) párr. 12.d).

¹⁰⁰MESECVI, “Declaración sobre la Violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos”, del 19 de septiembre de 2014, página 11.

¹⁰¹Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 5 de enero de 2016, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57, párr. 42.

¹⁰²Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004, párr. 40.

¹⁰³Ley de Ejercicio Profesional Médico. Ley No.3131 de 8 de agosto de 2005. Disponible a: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/download/12-leyes/142-ley-no-3131?Itemid=646>.

¹⁰⁴Procedimiento Técnico para la prestación de servicios de salud en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014. Resolución Ministerial 0027/2015. Disponible a: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_Continuo/dgss_acon_n_p389_proc_tec_presentacion_servicios_salud.pdf

involucrados, sino también del derecho a la privacidad y la salud de su paciente, L.A.S.

D. La injerencia por la Iglesia Católica en la toma de decisiones

El artículo 4 de la Constitución establece que Bolivia es un estado laico, “independiente de la religión.”¹⁰⁵ La falta de confidencialidad de la ficha clínica y el rol que se le permitió y luego otorgó a actores religiosos en la toma de decisiones, deviene en la injerencia indebida por parte de la Iglesia Católica, lo cual tiene implicaciones adicionales bajo el derecho internacional de derechos humanos. Por un lado, como ya se indicó en este documento, tanto el sistema universal como el sistema interamericano de derechos humanos establecen fuertes protecciones del derecho a la vida privada y la privacidad.¹⁰⁶

Por otro lado, el Comité DESC ha señalado que el ejercicio del derecho a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva.¹⁰⁷ En el caso concreto, la injerencia de la Iglesia Católica en la toma de decisiones por parte de L.A.S. y su madre constituyó una barrera que retrasó que la niña pudiera acceder a la ILE conforme era su voluntad.

El rol que se le permitió y luego se le otorgó a actores religiosos en la toma de decisiones, no puede entenderse en forma alguna como parte del ejercicio del derecho a la libertad de conciencia y religión en los términos protegidos por el DIDH. Al contrario, puede entenderse como un ejercicio abusivo de dicho derecho con el objetivo de incidir en los derechos de los demás. En esa línea, la Relatoría sobre el Derecho a la Libertad Religiosa ha señalado que corresponde a los Estados asegurar que las protecciones legales que existan para que los individuos puedan manifestar su religión no afecten o denieguen a las mujeres, niñas o a las minorías su derecho a la no discriminación u otros.¹⁰⁸ Sin embargo, en este caso, el Estado no intervino para tomar las medidas necesarias para asegurar que la libertad religiosa de los miembros de esa iglesia no vulneraran los derechos fundamentales de L.A.S.

En el caso presente, el Hospital Municipal Maternológico Percy Boland permitió que personas con afiliación a la Iglesia Católica interfirieran en la madre de L.A.S con el fin de convencerla de denegar la interrupción legal del embarazo. L.A.S señaló que el motivo por el cambio de opinión respecto a la interrupción del embarazo se debió a que “me dijeron que lo pondrían en un frasco, dijeron que tenía que comprar un frasco y yo me imagine como lo iban a poner ahí en

¹⁰⁵Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Art. 4.

¹⁰⁶Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, Art. 17.

¹⁰⁷Comité DESC, Observación General núm.14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, par. 21

¹⁰⁸CIDH Declaración conjunta sobre difamación de religiones y sobre legislación antiterrorista y anti-extremista. (9/12/2008) Disponible a: <https://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artid=736&lid=2>.

pedazos....”¹⁰⁹ El Estado tenía la obligación, a través del derecho a la salud, no sólo de transmitir información veraz sobre los procedimientos médicos que debían realizarle, sino también protegerla de información falsa, especialmente porque L.A.S estaba bajo cuidado del Estado en una institución pública. Sin embargo, L.A.S recibió esta información sin ninguna protección o apoyo y sin que alguien del personal de salud la verificara o corrigiera.

Por otra parte, representantes de la iglesia formaron parte del comité que determinó suspender el procedimiento de ILE de L.A.S. Esta injerencia indebida fue no sólo permitida, sino iniciada por el personal del Hospital, lo anterior es inaceptable en la prestación de un servicio de salud en un estado laico.

E. Recomendaciones para la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva de las niñas y adolescentes

Considerando los estándares de derecho internacional sobre la toma de decisiones en salud y salud sexual y reproductiva de las niñas, niños y adolescentes, es importante analizar cómo en el caso de estudio se vulneraron los derechos de L.A.S., para así brindar recomendaciones para que la atención en salud sexual y reproductiva de las niñas y adolescentes en Bolivia se acoja a los estándares de derechos humanos.

1. Se debe brindar una atención integral en salud que incluya un acompañamiento en la toma de decisión frente a las opciones y su seguimiento

En el caso de estudio, aunque L.A.S pudo acceder en un principio al servicio de interrupción legal del embarazo, su atención en salud se vio afectada por diferentes factores externos. Siguiendo el derecho a la salud de las niñas y adolescentes, es necesario que los Estados adecúen los servicios de salud para que sean accesibles a las necesidades de esta población. Los servicios amigables para niñas y adolescentes establecidos en algunos lugares de América Latina, incluyendo Bolivia¹¹⁰, son una oportunidad para que se refuerce la prestación de servicios de interrupción legal del embarazo con enfoque de género y diferencial.¹¹¹

El Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro -CLACAI- y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología -FLASOG- han destacado la prevención y detección oportuna y temprana de situaciones de violencia sexual y del embarazo, la consejería en opciones, el acompañamiento y manejo psicosocial y el seguimiento integral de los casos

¹⁰⁹Acción de Amparo Constitucional. NUREJ 203987665. Presentada por la Defensora del Pueblo Nadia Cruz el 28 de octubre de 2021.

¹¹⁰Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes, 2012, https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/AIDA_SSyR2.pdf

¹¹¹Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes, 2012, https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/AIDA_SSyR2.pdf

como aspectos cruciales en la atención integral en la salud sexual y reproductiva de las niñas y las adolescentes.¹¹² Para garantizar estos aspectos, es crucial que los estados cuenten con personal capacitado y sensible a las necesidades de esta población. Para esto, se ha sugerido la participación de la población de niñas y adolescentes en la construcción de procesos o guías sobre su atención.¹¹³

Además, las autoridades en salud deben trabajar por eliminar las barreras y obstáculos que puedan generar discriminación en el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo los servicios de aborto. En este punto, se resaltan obstáculos como la ausencia de confidencialidad, las presunciones o estereotipos que se suelen tener sobre las niñas y adolescentes como “inmaduros” o incapaces de tomar decisiones, o las ideas que naturalizan el embarazo en las niñas y adolescentes, entre otras.

Otro de los aspectos cruciales durante la atención integral en salud sexual y reproductiva de la población de niñas y adolescentes es la elaboración de pautas y rutas para la articulación interinstitucional de entidades competentes para la protección de las niñas y adolescentes durante y posterior a la prestación de los servicios.¹¹⁴ Esta claridad es crucial para hacer las rutas y procesos más ágiles y permite priorizar el bienestar de las niñas. Esta articulación debe incluir al sistema educativo, de protección, judicial, entre otros.

2. Se debe apoyar la toma de decisiones de las niñas y adolescentes, sin imponer un punto de vista o ignorar su opinión o juicio sobre los servicios de salud a los que desea acceder.

La opinión y juicio de L.A.S no fue consultada con claridad y el proceso de toma de decisiones sobre la interrupción legal del embarazo se vio impactado por diferentes presiones. L.A.S manifiesta que “no dijo nada” en el proceso de consentimiento informado. Además, en su testimonio se evidencia falta de claridad y confusión sobre el procedimiento que se le iba a realizar y sobre el documento de consentimiento informado que firmó.

Bajo el concepto de capacidades en evolución, se han desafiado las nociones clásicas de las niñas y niños como “inmaduros”, entendiendo que tienen agencia para tener y expresar sus propios puntos de vista, tomar sus propias decisiones y decidir sobre su propia salud y bienestar, entre otros aspectos de su vida. Si bien

¹¹²CLACAI y FLASOG, “Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional”, Julio 2020. Disponible a:

<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1338/LINEAMIENTOS%2010.11%20%281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

¹¹³CLACAI y FLASOG, “Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional”, Julio 2020, página 36. Disponible a:

<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1338/LINEAMIENTOS%2010.11%20%281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

¹¹⁴CLACAI y FLASOG, “Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional”, Julio 2020, página 35. Disponible a:

<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1338/LINEAMIENTOS%2010.11%20%281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

esta capacidad no es absoluta y el rol de los padres y cuidadores es asesorar y orientar su creciente autonomía, el Comité de los Derechos del Niño ha entendido que los niños, niñas y adolescentes se encuentran en un proceso constante de adquisición de habilidades y experiencias para tomar decisiones informadas y construir sus propios puntos de vista. Así, es importante resaltar que es precisamente un análisis desde la capacidad evolutiva lo que permite establecer que en algunos casos, y dependiendo de la edad y el contexto específico, los padres deben tener un mayor o menor rol de apoyo en la toma de decisión. Cuando se hacen apreciaciones tajantes o se exigen autorizaciones de padres para servicios altamente sensibles requeridos por adolescentes, se contraría su autonomía y su capacidad evolutiva.

Ahora bien, la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva tiene una gran injerencia sobre diferentes derechos fundamentales de los menores de edad. Por esto, el consentimiento informado en materia de una interrupción del embarazo debe poner en el centro las consideraciones de las niñas y adolescentes. Se recomienda que las instituciones que prestan servicios de salud sexual y reproductiva prioricen la voz, las preguntas y los deseos y preferencias de las niñas y adolescentes. Considerando la edad de las niñas y adolescentes, el núcleo familiar de las niñas y adolescentes, así como los profesionales de salud que asisten el caso pueden entrar a cumplir un rol de apoyo y orientación en la toma de decisiones. No obstante, esto no puede implicar la sustitución de su voluntad de las niñas, ni la imposición de una decisión específica, en contra de sus deseos o voluntad.

Es necesario que el Estado cuente con protocolos o guías de práctica clínica que establezcan claramente el principio de capacidades evolutivas y la autonomía de las niñas, niños y adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo los servicios de interrupción del embarazo y atención a casos de violencia sexual. Siguiendo las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño, se sugiere contar con procesos que tengan en cuenta: i) procesos de acompañamiento que orienten las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas; ii) mecanismos de solución de conflictos entre cuidadores y familiares y trabajadores de la salud; y iii) reglamentación de las acciones que enrarecen los entornos en los que están las niñas y los niños y pueden determinar los procesos de toma de decisiones en salud.¹¹⁵

Además, las autoridades sanitarias deben asegurarse de que las niñas y adolescentes puedan brindar su consentimiento informado y puedan acceder a información clara, accesible y adecuada para su edad y su contexto específico. Para esto se recomienda el uso de materiales alternativos, videos, imágenes, material didáctico, entre otras herramientas que permitan brindar información adecuada a la capacidad evolutiva de las niñas y adolescentes. De igual modo, el

¹¹⁵ 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, párr. 13.

proceso de consentimiento informado de las niñas y adolescentes debe ser flexible, ya que en algunos casos podrá tomar más tiempo.

3. Se deben considerar las influencias, conflictos de interés y presiones que pueden tener injerencia en las niñas y adolescentes

En el caso de estudio se puede evidenciar que L.A.S estuvo sujeta a diferentes presiones e injerencias en el proceso de toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo. Como se establece en su testimonio la niña cambió de opinión por temor a que le fueran entregar el producto de la interrupción del embarazo en un frasco. Además, los hechos del caso muestran cómo terceros influenciaron la decisión de la madre de L.A.S, ejerciendo presiones y aprovechándose de la situación de vulnerabilidad de la familia.

Al respecto, es vital que los equipos de atención en salud a cargo de los servicios de interrupción del embarazo consideren las diferentes presiones y conflictos de interés que pueden tener las niñas y adolescentes al momento de tomar una decisión. Para esto, se recomienda hacer una evaluación integral que permita identificar signos y síntomas de posibles situaciones de coacción, violencia o abuso por parte de sus acompañantes y familiares.¹¹⁶ Estas situaciones de abuso o violencia pueden generar conflictos de interés o injerencias indebidas en la opinión de las niñas. El respeto por la confidencialidad y privacidad de las niñas durante la consulta es una salvaguarda para garantizar que el consentimiento esté libre de presiones o injerencias externas.

Para realizar un análisis comprensivo de las posibles presiones o injerencias en la opinión de las niñas también se recomienda la presencia de equipos interdisciplinarios que puedan identificar mejor las diferentes situaciones sociales y culturales que atraviesan las diferentes situaciones de las niñas y adolescentes. Para esto, se puede recomendar incluir un equipo interdisciplinario que pueda traer elementos de la psicología, la antropología, la sociología, el trabajo social y otras disciplinas que se ocupen de analizar los contextos sociales y la forma en que estos pueden impactar en el comportamiento de una persona.¹¹⁷

4. Se debe tener en cuenta el contexto de cada caso, partiendo de la capacidad de todos los menores de edad de expresar y tomar decisiones sobre su propia salud

Por último, cabe destacar que una de las recomendaciones del Comité de Derechos del Niño es el análisis caso a caso de cada situación que requiera de un análisis de capacidades evolutivas. Esto, teniendo en cuenta la necesidad de analizar las características de cada caso en particular, partiendo de la premisa de que las niñas y adolescentes adquieren capacidades cognitivas y sociales

¹¹⁶CLACAI y FLASOG, “Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional”, Julio 2020, p. 41.

¹¹⁷CLACAI y FLASOG, “Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional”, Julio 2020, p. 38

constantes que habilitan de forma progresiva y dependiendo de su contexto su proceso de toma de decisiones. El principio de capacidades en evolución lo invita a considerar el contexto de cada niñas o adolescente, su origen cultural, status socioeconómico, origen racial, status migratorio, su orientación sexual, identidad de género y/o la tenencia de alguna discapacidad, entre otros, como factores importantes que determinan la toma de decisiones.

VI. Conclusiones

A partir del análisis del caso y los argumentos expuestos, queda claramente establecido que el estado de Bolivia ha fallado en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones con respeto a los derechos humanos de L.A.S., particularmente sus derechos a la salud, la integridad física y psíquica, estar libre de tratos inhumanos y crueles, la privacidad y autonomía, y estar libre de la violencia. Para cumplir con sus compromisos bajo el derecho internacional de derechos humanos, Bolivia debería tomar las medidas necesarias para asegurar que este tipo de vulneraciones no se repitan.

Las fallas y errores presentes en este caso son emblemáticos, de desafíos sistémicos y estructurales que afectan la prestación de los servicios de la interrupción legal del embarazo a lo largo del país. Este caso ofrece a este alto Tribunal una oportunidad de hacer un seguimiento de la SCP 206/2014 y revisar las limitaciones de su cumplimiento, prestando atención especial a los distintos órganos encargados con su ejecución y sus obligaciones adquiridas bajo esta sentencia.

En consecuencia, solicitamos respetuosamente a este alto Tribunal tome estas recomendaciones – todas basadas en los estándares del derecho internacional de derechos humanos – en cuenta como parte de su análisis en su resolución de este caso:

1. Ordenar el estricto cumplimiento de la SCP 206/2014, así como sus normas de implementación, a las instituciones encargadas con su cumplimiento y la eliminación de cualquier barrera que se limita, dilata o niega el acceso a la interrupción legal del embarazo, particularmente en de niñas y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.
2. Aclarar los estándares más altos sobre la toma de decisiones en el contexto de la salud sexual y reproductiva, prestando atención particular a los principios del interés superior y la capacidad evolutiva de las niñas y adolescentes y el deber de confidencialidad y secreto profesional en la relación médico-paciente.
3. Aplicar las medidas de rehabilitación y las garantías de no repetición, para que nunca más se vulneren los derechos de niñas, niños, adolescentes y mujeres en el país, se elimine todas formas de discriminación y violencia estructural dentro las

instituciones del estado, ellos deben ser garantes de los derechos humanos y no aquellos que dañen la vida y la dignidad de las personas.



Oscar A. Cabrera
Abogado y Director, la Iniciativa Salud y Derechos Humanos
Profesor Visitante, Facultad de Derecho, la Universidad de Georgetown



Rebecca Reingold
Abogada y Directora Asociada, la Iniciativa Salud y Derechos Humanos
Profesora Adjunta, Facultad de Derecho, la Universidad de Georgetown



Silvia Serrano Guzmán
Abogada y Directora Asociada, la Iniciativa Salud y Derechos Humanos
Profesora Adjunta, Facultad de Derecho, la Universidad de Georgetown



Natalia Acevedo Guerrero
Abogada y Consultora



Gretzel Brozovich
Abogada y Consultora



Belén Saavedra Prats
Abogada y Asociada



Francesca Nardi
Abogada y Asociada Junior